

Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização de Enfermagem de Reabilitação

Relatório de Estágio

**Promoção da Sexualidade na Mulher com Lesão
Vertebromedular: Intervenção do Enfermeiro
Especialista em Enfermagem de Reabilitação**

Raquel Domingues Sequeira

Lisboa,

2018



Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização de Enfermagem de Reabilitação

Relatório de Estágio

**Promoção da Sexualidade na Mulher com Lesão
Vertebromedular: Intervenção do Enfermeiro
Especialista em Enfermagem de Reabilitação**


Raquel Domingues Sequeira

Orientador: Professora Doutora Fátima Mendes Marques

Lisboa,

2018

Não contempla as correções resultantes da discussão pública



Para a Alice.

AGRADECIMENTOS

Existem inúmeras pessoas que ajudaram alcançar este meu sonho mas iriam faltar páginas para conseguir referir todas. Mas existem algumas que foram essenciais por isso agradeço...

... a ti, Miguel, o meu porto de abrigo, porque sem o teu amor, a tua paciência e a tua força, nunca teria conseguido realizar este caminho.

... aos meus pais, Filomena e Armando, por incentivarem sempre a procurar algo mais e nunca desistir.

... à Professora Doutora Fátima Marques, sem dúvida sem a sua orientação, amizade, companheirismo e dedicação a este projeto nunca o teria sido capaz de alcançar. Obrigado por me fazer questionar e ajudar-me a crescer como profissional.

...à Sara Jorge, por me fazeres querer sempre mais e por seres a impulsionadora deste caminho.

...à Tânia Almeida, por teres aparecido na minha vida, por teres tornado uma grande amiga, por me colocares um sorriso nos lábios mesmo quando o dia era terrível.

...à Enfermeira Ana Roupa, por ter me ensinado a leveza e a alegria do espírito da reabilitação.

... à Enfermeira Ana Raposo e Enfermeira Sá Marques por me terem ensinado a *descomplicar*.

... a todos os meus colegas da turma do 7º Curso Mestrado de Enfermagem de Reabilitação pelos momentos de alegria e de pânico total que vivemos, mas que juntos superamos. Mas, não poderia de deixar um agradecimento a um grupo especial... Ricardo, Brígida, Joana e Sandra... Obrigado...pelos risos, pelas palavras de incentivo, pelas críticas, pelo *Corte e Costura*...sem vocês tudo teria sido muito mais difícil.

... e a todas as pessoas que contatei nos ensinos clínicos e que me permitiram crescer como enfermeira ...Obrigado!

LISTA DE SIGLAS

AV – Atividade de Vida

ASIA - American Spinal Injury Association

AVD – Atividades de Vida Diária

CCEE – Competências Comuns do Enfermeiro Especialista

CEEEER – Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

CIPE - Classificação Internacional da Prática de Enfermagem

DA - Disreflexia Autônoma

ECCL – Equipe de Cuidados Continuados Integrados

EEER – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

ICCP - International Campaign for Cures of Spinal Cord Injury Paralysis

IU – Incontinência Urinária

LVM – Lesão Vertebro-medular

OBE – Objetivos Específicos

OE – Ordem dos Enfermeiros

MIF - Medida de Independência Funcional

OMS - Organização Mundial de Saúde

REPE - Regulamento do Exercício Profissional de Enfermagem

RFR – Reeducação Funcional Respiratória

RFM – Reeducação Funcional Motora

RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

TVM - Traumatismo Vertebro-medular

RESUMO

A Lesão Vertebromedular (LVM) provoca na pessoa um conjunto de perturbações ao nível das funções motoras e sensoriais e, adjacente a isto, a alterações de cariz psicológico, sendo que a componente da sexualidade constitui uma dimensão ignorada pelas equipas de saúde e mais especificamente pelo Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER) (Cardoso, 2003). Esta temática continua pouco desenvolvida na Enfermagem, principalmente por ser algo gerador de um elevado grau de desconforto, tanto para os clientes como para o profissional. Urge então a necessidade de ultrapassar estigmas e preconceitos ainda enraizados, tanto a nível pessoal, como a nível social, sobre a sexualidade e a deficiência, porque perder capacidades motoras e sensoriais é algo de difícil aceitação por parte dos indivíduos (Cardoso, 2006; Parker & Yau, 2012). Por isso, este trabalho pauta-se em demonstrar a necessidade do EEER em investir na área da sexualidade, uma vez que, esta temática está contemplada nas competências regulamentadas pela Ordem dos Enfermeiros (OE) (OEB, 2010).

A Incontinência Urinária (IU) demonstra-se como principal barreira para a expressão da sexualidade por parte da Mulher com LVM mas outras também insurgem – físicas, psicológicas e sociais -, como a ausência ou diminuição da sensibilidade e/ou função motora, espasticidade, diminuição da força muscular, falta de informação sobre a temática por parte dos profissionais de saúde, lubrificação vaginal diminuída, auto-estima reduzida, alteração da auto-imagem e sensação de dependência perante o cuidador informal ou parceiro (a) (Julia & Othman, 2011; Parker & Yau, 2012).

O EEER apresenta-se como um elemento na equipa de reabilitação essencial para a independência do cliente nas Atividades de Vida (AV's) pois a sua intervenção incide em todo o ciclo de vida do cliente, capacitando-o, através da avaliação, no planeamento de estratégias e soluções através da identificação de fatores que influenciam as AV's (Roper, Logan & Tierney, 2001). Neste sentido, a atuação do EEER na promoção da sexualidade, deve incidir na educação para a saúde aplicando o Modelo PLISSIT e maximizando as suas potencialidades na execução das restantes AV's respeitando a individualidade da pessoa.

Palavras-chave: Lesão Vertebromedular, Mulher, Sexualidade, Eliminação Vesical, Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

ABSTRACT

Spinal cord injury (SCI) causes a set of disorders in the motor and sensorial functions in the person and, adjacent to this, psychological changes, being that the component of the sexuality is a dimension ignored by the health teams and more specifically by the Nursing Specialist in Rehabilitation Nursing (NSRN) (Cardoso, 2003). This theme remains underdeveloped in nursing, mainly because it generates a high degree of discomfort for both the clients and the professionals. It urges to overcome stigmas and prejudices that are still rooted, both personally and socially, about sexuality and disability, as losing motor and sensory abilities is something difficult to accept by the individuals (Cardoso, 2006; Parker & Yau, 2012). Therefore, this work is aimed at demonstrating the need for the NSRN to invest in the area of sexuality, since this subject is included in the competencies regulated by the Nurses Order (OEB, 2010).

Urinary incontinence (UI) is the main barrier to the expression of sexuality by women with SCI, but others also persist - physical, psychological and social - such as the absence or diminution of sensibility and / or motor function, spasticity, decrease in muscle strength, lack of information on the subject by health professionals, reduced vaginal lubrication, reduced self-esteem, altered self-image and feeling of dependence on the informal caregiver or partner (Julia & Othman, 2011; Yau, 2012).

The NSRN is an essential element in the rehabilitation team for the client independence in Life Activities (LA) because its intervention focuses on the whole life cycle of the client, enabling him, through evaluation, in the planning of strategies and solutions through the identification of factors that influence the LA's (Roper, Logan & Tierney, 2001). In this sense, the NSRN 's role in the promotion of sexuality should focus on health education using the PLISSIT Model and maximizing its potential in the execution of the remaining LAs concerning the person's individuality.

Keywords: Spinal Cord Injury, Woman, Sexuality, Urinary Elimination, Nursing Specialist in Rehabilitation Nursing

ÍNDICE

INTRODUÇÃO 10

1. A PESSOA COM LESÃO VERTEBROMEDULAR13

1.1. Sexualidade na Mulher com Lesão Vertebromedular17

1.2. Alteração da Eliminação Vesical e o seu Impacto na Sexualidade20

1.3. Contributos do Modelo Teórico de Nancy Roper22

1.4. A intervenção do EEER24

2. DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES E ANÁLISE DA APRENDIZAGEM – CONTRIBUTOS PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS COMO EEER30

3. AVALIAÇÃO DA APRENDIZAGEM E CONTRIBUTOS PARA A PRÁTICA PROFISSIONAL63

CONSIDERAÇÕES FINAIS66

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS68

APÊNDICES

Apêndice I – Esquema de intervenção do EEER ao cliente com LVM

Apêndice II – Competências Comuns e Específicas do EEER desenvolvidas nos OBE

Apêndice III – Folhetos

Apêndice IV - Estágio de Observação num centro de reabilitação

Apêndice V - Algoritmo para determinar o Grau da Lesão Medular segundo a classificação ASIA

Apêndice VI – Grelha de avaliação do equilíbrio no cliente com LVM

Apêndice VII – Plano de cuidados especializado em enfermagem de reabilitação

Apêndice VIII – Resumo das “Primeiras Jornadas dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação do Centro Hospitalar Lisboa Ocidental”

ANEXOS

Anexo I - Estruturas da medula espinhal e níveis da lesão medular e sistemas afetados

Anexo II - Classificação neurológica *standard* de lesões medulares da ASIA

Anexo III - Ciclo de resposta sexual de Masters e Johnson (1970)

Anexo IV - Resposta sexual feminina de Basson (2000)

Anexo V - Algoritmo de manutenção da IU de Thuroff et al (2011)

Anexo VI – Modelo teórico de Enfermagem de Nancy Roper

Anexo VII – Modelo PLISSIT

Anexo VIII – Escalas de Avaliação

Anexo IX – Certificado de participação nas “Primeiras Jornadas dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação do Centro Hospitalar Lisboa Ocidental”

Anexo X – Certificado de participação das “II Jornadas de Cuidados Respiratórios em Enfermagem - Reabilitação Respiratória e Gestão Integrada de Doença Respiratória Crónica: Do Hospital para os Cuidados de Saúde Primários”

Anexo XI – *Check-list* do programa de ensino de auto-esvaziamento vesical

INTRODUÇÃO

Este trabalho insere-se na Unidade Curricular de Estágio com Relatório do 7º Curso de Mestrado em Especialização em Enfermagem de Reabilitação, permitindo a descrição e análise de uma problemática em estudo e o alcance de competências comuns como enfermeiro especialista e específicas na área da enfermagem de reabilitação.

A elaboração deste relatório é o culminar de experiências vivenciadas em ensino clínico, em meio hospitalar e na comunidade, permitindo assim a aquisição e desenvolvimento de competências como Enfermeira Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER) emanadas pela Ordem dos Enfermeiros (OE) (OEB, 2010).

A escolha da problemática da sexualidade surgiu principalmente por ser uma área pouco abordada na enfermagem, embora na estruturação do plano curricular deste curso exista uma abordagem sendo que fiquei curiosa e expectante. É um tema envolto em preconceitos por parte dos profissionais e pouco abordado pelas pessoas ao nosso cuidado, seja por desconforto, seja por timidez. Como refere Ramos (2005) “escrever sobre sexualidade humana é quase tão difícil como escrever sobre a morte” sendo “necessário coragem, honestidade e discernimento para abordagem desta temática” (p.9).

Decidir a pessoa com Lesão Vertebro-medular (LVM) como população objeto deste estudo, deveu-se a um elevado interesse pessoal, querendo aprofundar, não só a patologia, mas também todo o leque de alterações que a LVM propicia na vida da pessoa. Não tendo tido particular contacto durante os últimos nove anos de exercício profissional, acontece que durante a minha licenciatura tive o privilégio de estar em contacto com alguns destes clientes e fiquei na expectativa de um dia poder abordar este tema e aprofundar os meus conhecimentos nesta área.

A nível bibliográfico tem existido um maior investimento nesta patologia, interligando-a com a necessidade da expressão¹ da sexualidade, mas a referida bibliografia não é sempre a mais conclusiva e pouco definida na área da enfermagem, sendo mais abordada noutras áreas de estudo, como por exemplo a psicologia. Surge portanto a necessidade de apostar mais nesta temática como EEER sendo que esta

¹ Ato ou efeito de exprimir; manifestação de pensamentos por gestos ou palavras; modo de comunicar; manifestação de um sentimento ou de uma emoção; manifestação (in Dicionário da Língua Portuguesa com Acordo Ortográfico [em linha]. Porto: Porto Editora, 2003-2016. [Disponível em: <http://www.infopedia.pt/dicionarios/lingua-portuguesa/expressão>]

aparece contemplada no Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiros Especialista em Enfermagem de Reabilitação (2011) publicado em Diário da República (Regulamento nº 125/2011), em concreto, nos critérios de avaliação das unidades de competência.

A procura da melhor evidência disponível permitiu assim inicialmente decifrar a temática da sexualidade como uma área prioritária nos cuidados de reabilitação mas também como um obstáculo, isto porque, o nível de intervenção do EEER na área da sexualidade não se encontra bem delimitado devido à dificuldade que a própria abordagem do tema suscita. Baseia-se principalmente ao nível de ensino e educação para a saúde, o qual é um pilar importante da nossa intervenção. Posteriormente, com o aprofundar da pesquisa um outro tema se insurgiu, interligando-se com a sexualidade, revelando-se como um fator extremamente importante (uma verdadeira ponte), para abordagem do tema: Incontinência Urinária (IU)². Como refere a OE (2009) “a intervenção do enfermeiro de Reabilitação [na sexualidade na pessoa com LVM] inicia-se de forma indireta quando procede ao desenvolvimento de todo o programa de reeducação vesical e intestinal” (p.145).

O género feminino foi delimitado neste trabalho porque os estudos nos últimos seis anos em relação à sexualidade na pessoa com LVM, ainda que escassos, destacam a população do género feminino, proposta como objeto deste trabalho, demonstrando ser um desafio atrativo a ser suplantado. Estes mesmos estudos ao interligar com a necessidade fisiológica da eliminação vesical e a sexualidade nesta população, demonstraram ser um importante objeto de estudo para que o EEER consiga explorar intervenções especializadas. Cramp, Courtois, Connolly, Cosby e Ditor (2014) sugerem que mulheres com LVM, até as portadoras de lesões completas, podem adquirir prazer sexual e orgasmo, nomeadamente através de estimulação clitoriana e cervical, estando também estudado que muitas destas mulheres possuem um leque de preocupações físicas, psicológicas e emocionais que afetam negativamente a sua vida sexual, revelando-se a IU como um dos principais obstáculos para a expressão e concretização da sexualidade. Denotou-se que a IU é um dos principais obstáculos a uma vivência adequada da sexualidade na mulher com LVM, demonstrando ser pertinente abordar esta temática no trabalho em curso, e

² Existência de perda involuntária de urina constituindo um verdadeiro problema para a vida da pessoa (Azevedo, 2005).

posteriormente desenvolver e interligar com a readaptação sexual nesta população, tentando descobrir o campo de atuação do EEER na promoção da expressão da sexualidade na mulher com LVM.

Para o alcançar este objetivo geral foi necessário sustentar a problemática num modelo teórico tendo sido o escolhido a Teoria de Roper (1980) principalmente pela inclusão da temática da sexualidade no processo de enfermagem. Demonstra como as Atividades de Vida (AV) ³ interligam-se e influenciam-se mutuamente no projeto de vida do cliente e, como a forma como estas são realizadas revela a individualidade da pessoa. Esta individualidade expressa-se “pelo modo como os indivíduos assistem cada uma das sua Av's, de acordo com o estágio do ciclo vital atingido e localização no *continuum* dependência/independência” (Tomey, 2004, p.412). Mas, este *continuum* é influenciado por fatores que se encontram em interação e que podem comprometer esta individualidade – fatores biológicos, psicológicos, ambientais e político-económicos (Roper, Logan & Tierney, 2001; Tomey, 2004)

Como guia orientador para este trabalho foi elaborado, numa anterior linha temporal, um Projeto de Estágio onde foram delineados objetivos específicos (OBE) de modo a nortear todo o processo e tendo em conta as competências comuns do enfermeiro especialista (OEa, 2010) e as específicas do EEER (OEB, 2010).

A estrutura deste trabalho apresenta-se dividida em quatro partes, sendo a inicial um enquadramento conceptual da problemática do trabalho onde contextualizo a mesma e a sua importância para a enfermagem de reabilitação, entrando na segunda parte na descrição e análise do percurso nos contextos de estágio onde estive inserida relatando as atividades desenvolvidas que permitiram adquirir Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (CCEE) e Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (CEEEER). Seguidamente será realizada uma avaliação global deste percurso e perspetivas futuras e, por fim serão apresentadas as considerações finais deste trabalho.

³ 12 Atividades de Vida de Nancy Roper: Manter Ambiente Seguro, Comunicar, Respirar, Comer e Beber, Eliminar, Higiene pessoal e vestir-se, Controlar a temperatura do corpo, Mobilizar-se, Trabalhar e distrair-se, Expressar a Sexualidade, Dormir e Morrer (Roper et al, 2001).

1. A PESSOA COM LESÃO VERTEBROMEDULAR

A LVM tem sido uma patologia, que segundo a *International Campaign for Cures of Spinal Cord Injury Paralysis* (ICCP, 2005), pode ser considerada como uma epidemia global, tendo uma incidência de 22 novos casos por milhão de habitantes no mundo ocidental, e é estimado que cerca de 130 mil pessoas anualmente sobrevivem a este evento, o que origina uma nova etapa da sua vida com grandes alterações da sua mobilidade e sensibilidade, condicionadas a uma cadeira de rodas. Infelizmente, não existe uma base de dados internacional que ajude a recolher dados epidemiológicos mais recentes e exatos sobre a prevalência da LVM mesmo em países industrializados (Thietje & Hirschfeld, 2017).

A ICCP (2005) refere que a idade média do cliente, aquando da ocorrência destes incidentes, é 33.4 anos quando ocorre a lesão, porém, a maior parte dos incidentes ocorre cerca dos 19 anos sendo que a esperança média de vida destes indivíduos apenas diminui cerca de 10% quando comparada com a esperança média de vida da população onde os mesmos se inserem. Com o aumento da investigação e dos cuidados de saúde mais especializados para esta patologia a esperança média de vida tem tendência a aumentar sendo que os cuidados de enfermagem de reabilitação demonstram ser fulcrais para esta população, nomeadamente no aumento da sua qualidade de vida.

Em Portugal, existem poucos dados epidemiológicos disponíveis sobre a LVM não havendo nenhuma base de dados que demostre a incidência (Campos et al, 2017). Apenas o estudo de Martins, Freitas, Dartigues e Barat (1998) relacionado com lesões de origem traumática, compilou e analisou dados entre 1989 e 1992, em relação à região centro do país, revelando que a principal causa de incidentes era a ocorrência de acidentes rodoviários (57,3 %), sendo a vítima dos referidos incidentes, predominantemente do sexo masculino (77%) e com lesão completa (55,6% dos casos). Nos últimos anos, não houveram mais estudos significativos que pudessem complementar estes dados e que fossem mais abrangentes a nível geográfico, sendo que, este mesmo artigo foi utilizado numa revisão sistemática da literatura no ano de 2014, onde revelou que Portugal era o país com maior de incidência de traumatismo com lesão medular, com cerca de 58 novos casos por milhão de habitantes, demonstrando assim a necessidade de haver mais investigação epidemiológica sobre esta temática no nosso país (Singh, Tetreault, Kalsi-Ryan, Nouri & Fehlings, 2014).

Campos et al (2017) no seu estudo referem que nos últimos anos os casos de traumáticos de LVM derivados de acidentes rodoviários reduziram mas houve um aumento relativamente a casos derivados a quedas bem como de índole não traumática. Também realça que a esperança média de vida dos clientes com LVM cresceu exponencialmente derivado aos cuidados de saúde especializados em reabilitação e na existência de centros da mesma índole. Demonstrou igualmente que embora existam estes centros especializados, não são suficientes para dar resposta ao número de clientes com LVM, atrasando a sua reintegração na sociedade. Além disso, o nosso país demonstra uma taxa de desemprego desmedida de pessoas com deficiência derivado principalmente pela baixa escolaridade e barreiras arquitetónicas no ingresso à escola ou trabalho, revelando a falta de legislação específica para haver uma (re) integração social (Idem, 2017).

Por fim, a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2013) ao realizar o relatório *International Perspectives on Spinal Cord Injury*, divulgou que anualmente, a nível global (com base em artigos de incidência de traumatismo com LVM desenvolvidos em diversos países) cerca de 250-500 mil pessoas tornam-se portadoras de lesão medular. Demonstrou dois picos onde é mais provável acontecer esta lesão, que é entre os 15-29 anos de idade, e mais de 60 anos de idade, com prevalência no sexo masculino, embora nos últimos anos o género feminino tem ampliado as suas percentagens de incidência justificando o fato de ter aumentado a investigação nas mulheres portadoras de LVM.

A LVM tem um impacto enorme no projeto de vida de uma pessoa manifestando-se “cl clinicamente por alterações da motricidade, da sensibilidade e do funcionamento do sistema nervoso autónomo” (Garret, Martins & Teixeira, 2009, p.822). Esta interrupção das vias nervosas pode ser devido a um quadro compressivo extrínseco, como traumático ou tumoral, por lesões vasculares ou até de patologia singular do sistema nervoso, mas a lesão com origem traumática apresenta-se como a mais frequente e alvo de maior investigação (Garret et al, 2009). A OE (2009) designa que o Traumatismo Vertebro-medular (TVM) “ocorre quando forças energéticas externas atingem o corpo, de forma direta ou indireta, podendo causar alterações estruturais ou fisiológicas dos elementos componentes da coluna vertebral e/ou medula espinhal” (p.15), podendo ocorrer por mecanismos de compressão, tração ou mesmo quebra de tecidos, sendo muito raro a secção física da própria

medula. As principais zonas afetadas na coluna vertebral, maioritariamente, são ao nível de C5-C7 (região cervical) e D12-L2 (região dorso-lombar), pela grande mobilidade e instabilidade destas áreas (OE, 2009) (Anexo I).

A LVM é uma patologia que acarreta consequências fortemente negativas no projeto de vida da pessoa, bastando pensar na importância fisiológica da medula, não só como transmissora de impulsos e mensagens do cérebro para todo o corpo (e vice-versa) mas também como o centro de controlo para as funções motoras, intestinais, urinárias, sexuais, respiratórias e de regulação térmica. A lesão, qualquer que seja o seu nível, poderá levar a grandes alterações na pessoa, devido a interrupção das vias nervosas e, segundo Faria (2006), neste quadro clínico inicialmente podemos considerar uma fase de choque medular onde existe uma paralisia flácida e retenção urinária e fecal, reconquistando progressivamente automatismo medular com o regresso de algumas atividades reflexas da medula. É necessário, portanto, investir na deteção precoce⁴ de necessidades na área da reabilitação⁵.

Com o aumento da esperança média de vida dos lesionados vertebromedulares, essencialmente devido aos avanços da medicina, é essencial o tratamento e avaliação adequados (Campos et al, 2017). Como esta patologia pode assumir diferentes especificidades individuais, consoante o nível e a extensão da lesão, a *American Spinal Injury Association* (ASIA, 2006) desenvolveu padrões internacionais de uniformização de critérios de classificação neurológica e funcional, permitindo determinar a gravidade da lesão e assim estabelecer prognósticos e planos de intervenção de reabilitação adequados à individualidade de cada pessoa (Anexo II).

Apresentando-se como uma patologia complexa leva por isso a variadas complicações sendo as principais as seguintes:

revestimento cutâneo (úlceras de pressão); cardiovasculares (tromboembolismo, hipotensão ortostática, disreflexia autonómica, bradiarritmia); respiratórias (insuficiência respiratória, infeções respiratórias, atelectasias); gastrointestinais (intestino neurogénico, hemorragia digestiva, hemorroidas, fissuras); génito-urinário (bexiga neurogénica, infeções urinárias, litíase, insuficiência renal; disfunção erétil e ejaculatória); músculo-

⁴ Lei nº 9/1989 de 2 de maio, artigo 6º, nº 3 – “A deteção precoce de malformações, de afeções congénitas ou adquiridas e de deficiências que possam surgir com o avanço na idade visa pesquisar as suas origens, evitar o seu agravamento e anular ou atenuar os seus efeitos.”

⁵ Lei nº 9/1989 de 2 de maio, artigo 3º, nº 1 – “A reabilitação é um processo global e contínuo destinado a corrigir a deficiência e a conservar, a desenvolver ou a restabelecer as aptidões e capacidades da pessoa para o exercício de uma atividade considerada normal.”

esquelético (paralisia, alterações do tônus - flacidez ou espasticidade, osteoporose);
psíquico (depressão) (Faria, 2006, p.50).

A LVM demonstra assim ser uma patologia que necessita de atenção por parte do EEER, patologia esta que incide sobre uma população com grandes défices e com grande necessidade de cuidados especializados e centrados na pessoa. Esta, como ser biopsicossocial encerra em si várias dimensões sendo que a expressão da sua sexualidade é uma necessidade que a pessoa deve ter o direito de ser suplantada para conseguir atingir o máximo de qualidade de vida, 'na nova vida', que é o após a LVM. É natural que na fase aguda da LVM, a pessoa esteja mais focada na sua sobrevivência, porém, na fase de recuperação e consciencialização do incidente, esta vai ganhando gradualmente maior apreensão no que a patologia e tratamento têm na sua sexualidade. Esta doença demonstra-se indissociável do conceito de deficiência⁶ sendo as suas consequências extremamente difíceis de ocultar, como o uso de uma cadeira de rodas, influenciando assim a motivação para desempenhar um papel principal na sua sexualidade e influenciando a sua motivação na reabilitação no geral (Josefino, 2014).

Embora exista uma extensa literatura sobre a sexualidade em clientes com LVM os resultados demonstram ser sempre pouco conclusivos e por vezes ambíguos apontando para a existência de lacunas principalmente ao nível dos fatores psicológicos que influenciam a readaptação sexual (Cardoso, 2006), urgindo a necessidade que o EEER encontre o seu papel nesta readaptação. O desenvolvimento da sexualidade baseia-se numa combinação de fatores genéticos, hormonais e neurológicos, que são somados à personalidade da pessoa, ao seu desenvolvimento sexual psicológico e, claro em relação ao ambiente que a rodeia desde o seu nascimento ao momento da sua morte (Etienne & Waitman, 2006).

Sousa, Ferreira e Couteiro (2006) denunciam que os enfermeiros não têm formação suficiente nesta área para tomar atitudes terapêuticas nem se sentem confortáveis quando este tema é abordado existindo a necessidade de investir nesta área. Estes mesmos autores num estudo de investigação referem como conclusão

⁶ Lei nº38/2004 de 18 de agosto, artigo 2º - "Considera-se pessoa com deficiência aquela que, por motivo de perda ou anomalia, congénita ou adquirida, de funções ou de estruturas do corpo, incluindo as funções psicológicas, apresente dificuldades específicas suscetíveis de, em conjugação com os fatores do meio, lhe limitar ou dificultar a atividade e a participação em condições de igualdade com as demais pessoas."

que “um acompanhamento profissional adequado visando a (re) educação de novos padrões de funcionamento sexual, podem levar as pessoas com lesão medular a expressar a sua sexualidade, atingindo níveis de satisfação sexual elevados” (Idem, 2006, p.39).

Como já foi referido anteriormente os estudos sobre a sexualidade na mulher com LVM têm vindo gradualmente a aumentar revelando como grande obstáculo na sua expressão, a IU. Além de toda a preparação que a mulher realiza antes do ato sexual, como o autocateterismo vesical intermitente, os receios associados à ocorrência de micção durante o ato são extremamente grandes, relacionando-se os referidos receios, também, com a reação do parceiro perante esta possibilidade (Cramp et al, 2014). Existe uma grande mudança no corpo da mulher e nas suas funções o que influencia diretamente a sua sexualidade, e esta disfunção leva a uma interação complexa entre fatores físicos, emocionais, sociais e intelectuais, afetando a auto-estima⁷ e relações interpessoais, levando até ao isolamento social (Othman & Engkasan, 2011).

Perante os dados apresentados, trabalhar com esta população demonstra ser importante por parte do EEER, sendo que existe um leque de intervenções que devem ser exploradas e estudadas.

1.1. Sexualidade na Mulher com Lesão Vertebromedular

A sexualidade é definida pela OMS (2002) como um aspeto central do Ser Humano ao longo do seu ciclo de vida e abrange o sexo, identidade de género e o seu papel, orientação sexual, erotismo, prazer, intimidade e reprodução, sendo experienciada e expressada através de pensamentos, fantasias, desejos, atitudes, crenças, valores e comportamentos, influenciada pela interação de vários fatores como biológicos, psicológicos, sociais, económicos, culturais, éticos, legais, religiosos, históricos e espirituais. É um conceito⁸ envolto em inúmeras dimensões e bastante

⁷ Refere-se ao grau de apreciação ou respeito que a pessoa tem por si mesma demonstrando-se também como uma medida de valor que esta atribui às suas aptidões e julgamentos (Townsend, 2011).

⁸ Representação mental, abstrata e geral de um objeto; noção abstrata; ideia geral; compreensão que uma pessoa tem de uma palavra (in Dicionário da Língua Portuguesa com Acordo Ortográfico [em linha]. Porto: Porto Editora, 2003-2016. Disponível em: <http://www.infopedia.pt/dicionarios/lingua-portuguesa/conceito>).

complexo⁹ na medida em que abrange a completude da pessoa, a sua maneira de ser e de agir e, como esta interage com o ambiente que a rodeia bem como a interação com os outros (Sousa et al, 2006, p.37).

Já o famoso modelo humanístico de Abraham Maslow, idealizado em meados de 1960, referia a esfera da sexualidade na sua pirâmide das necessidades. Este autor enunciava um conjunto de necessidades que necessitavam de ser satisfeitas a partir da base da pirâmide (como por exemplo, fome, sede e sexo) sendo que a esfera da sexualidade encontrava-se presente em todo percurso até ao topo onde encontramos a necessidade de autorealização (Bee, 1994).

A sexualidade é então uma realidade universal e multifacetada que envolve a personalidade da pessoa em todo o seu ciclo de vida, em todas as idades e admitindo várias formas de expressão (Azevedo, 2005). Conceito este que tem vindo ao longo do tempo transformando-se, desde do silêncio a atitudes jocosas, e expondo-se como temática a ser desenvolvida e discutida na nossa sociedade, permitindo quebrar preconceitos e desconhecimento (Diniz, Oliveira & Grokorriski, 2017).

No género feminino, a área da sexualidade foi sempre muito pouco abordada principalmente devido à imagem social e o papel da mulher retratado. Este papel foi descrito como passivo, onde esta não tinha a necessidade de ter prazer ou então de o procurar, aparecendo apenas complementar à sexualidade masculina, que sempre teve um papel social preponderante nas relações interpessoais. A mulher aparecia como mera espectadora na sua sexualidade, sendo esta esfera reduzida somente ao ato sexual entre homem e mulher, onde o principal objetivo era a reprodução. Como refere Diniz et al (2017) “desde os primeiros registos históricos, a mulher sempre foi colocada como objeto frágil, e objeto de pertencimento ao masculino, sua colocação social, é aquela de ajudadora, a progenitora, que depende do outro (masculino), para se assegurar, construir e existir quanto ser social” (p.2). Mas a sociedade tem sofrido inúmeras mudanças e a mulher já não se demonstra simplesmente como um objeto de fertilidade no que toca à temática da sexualidade (Basson, 2000).

Quando enunciamos esta problemática na mulher é essencial entender o mecanismo fisiológico da resposta sexual sendo este mediado primariamente por reflexos da medula e pelo controlo do tronco cerebral. Os primeiros autores a abordar

⁹ Composto por diversos elementos inter-relacionados; que abrange ou encerra várias coisas ou ideias; complicado (in Dicionário da Língua Portuguesa com Acordo Ortográfico [em linha]. Porto: Porto Editora, 2003-2016. Disponível em: <http://www.infopedia.pt/dicionarios/lingua-portuguesa/complexo>.

a função e disfunção sexual, sem diferenciação de gênero, foram Masters e Johnson (1972) decifrando quatro fases sequenciadas e contínuas: excitação, *plateau*, orgasmo e resolução (Anexo III). Posteriormente, Basson (2000) apresentou um modelo da resposta sexual feminina (Anexo IV), contrariando a linearidade do anterior, integrando a necessidade de intimidade emocional, de estímulos sexuais e satisfação com a relação onde a mulher se integra. Demonstra assim a complexidade do ciclo de resposta feminino em relação ao masculino realçando “que muitas mulheres começam o ato sexual de um ponto de neutralidade sexual, com a decisão de este se tornar sexual a emanar da necessidade consciente de proximidade emocional ou como resultado da sedução do parceiro” (Meirinha & Barros, 2014, p.235).

A resposta sexual é um acontecimento complexo que, para além de envolver o sistema nervoso capaz de manter um equilíbrio homeostático é, também, derivado de um desejo psicológico que deve estar presente para um desempenho sexual satisfatório para a pessoa (Duchenne, 2011). Nos clientes com LVM com alteração da sensibilidade, diminuição da mobilidade e/ou IU tem um impacto negativo na sexualidade, desde a redução da intimidade com o(a) parceiro(a), na possibilidade diminuta de experienciar o orgasmo e, na restrição em realizar algumas posições sexuais (Seddon, Warren & New, 2017).

Por isso, quando falamos de expressão da sexualidade na mulher com LVM, além dos fatores sociais e culturais que influenciam negativamente, devemos associar a esfera da alteração física e psicológica que toda a patologia acarreta, principalmente a alteração da auto-imagem¹⁰ e autoconceito¹¹. O fato de uma mulher não poder executar as suas Atividades de Vida (AVD's), como por exemplo vestir-se devido à diminuição da mobilidade, irá influenciar de forma negativa a sua imagem corporal¹² bem como a sua perceção de si e em consequência a sua sexualidade. O estudo de Beckwith e Yau (2013) enuncia que as principais barreiras para uma identidade sexual¹³ positiva, num universo de sete mulheres com LVM, foram as seguintes:

¹⁰ É a imagem de si mesmo correspondendo também ao sentimento sobre o seu próprio valor (Scharfetter, 2005).

¹¹ Pode ser referido como todas as noções, convicções e crenças que constituem o autoconhecimento de uma pessoa e que influenciam as relações que esta tem com o mundo que a rodeia (Stuart & Laraia, 2001).

¹² É a imagem que a pessoa tem do seu próprio corpo, sendo este a parte mais visível de si. Demonstra-se algo dinâmico e em contínua mudança por novas perceções, experiências ou doença (Stuart & Laraia, 2001).

¹³ A identidade é a consciência de sermos nós próprios derivado da nossa auto-observação e julgamento crítico. É um sentimento de ser diferente dos outros (Stuart & Laraia, 2001).

alteração da auto-imagem, relacionada principalmente pela perda muscular dos músculos abdominais e excesso de peso; a presença de drenagem vesical; e, a falta de informação sobre esta temática provida pelos profissionais de saúde, demonstrando assim a necessidade de investir na sua reabilitação pós-LVM. Este estudo, em análise, demonstra através de uma revisão da literatura que após a alta hospitalar o período de reconstrução e exploração sexual demonstra-se passado seis a doze meses. Porém, existem variados fatores individuais, como o *status*¹⁴, papel social, idade, capacidade de resiliência e o nível de lesão que podem alterar esta linha temporal.

1.2. Alteração da Eliminação Vesical e o seu Impacto na Sexualidade

Cuidar de pessoas com alteração da eliminação vesical tem sido uma prioridade para a enfermagem de reabilitação principalmente pela prevalência de casos mas também apresentando-se como possível consequência da diminuição da mobilidade que certas patologias acarretam. Para que o EEER consiga intervir de forma adequada tem que construir um corpo de conhecimentos sobre a função urinária, as causas da IU e intervenções que podem ser implementadas (Stevens, 2008).

A questão da diminuição da mobilidade aparece como principal consequência da LVM sendo que a IU e a sexualidade pouco são abordadas mas estas são as mais destacadas pelas pessoas porque influenciam diretamente a sua auto-imagem, auto-estima bem como a interação com os outros (Rodrigues, Oliveira & Almeida, 2008). É necessário por isso explorar a temática da IU nestes clientes.

Thuroff et al (2011) referem que a incidência da IU nas mulheres abrange anualmente 2% a 11% ocorrendo principalmente no período da gravidez, sendo duas vezes mais comum nas mulheres do que nos homens. Esta mesma entidade desenvolveu um algoritmo para a manutenção da IU em estado inicial, algoritmo (Anexo V) este desenvolvido a par de um conjunto de recomendações específicas para a temática da IU. Posteriormente, Groen et al (2016) referem que qualquer desordem do sistema nervoso que controla o trato urinário inferior poderá resultar em sintomas urológicos, mas depende da extensão e localização, para haver

¹⁴ Do latim *status*, «estado, condição, posição» (in Dicionário da Língua Portuguesa com Acordo Ortográfico [em linha]. Porto: Porto Editora. Disponível em: <http://www.infopedia.pt/dicionarios/lingua-portuguesa/status>)

sintomatologia. Por isso, é necessário realizar uma colheita de dados completa da pessoa, exame físico, realização de diário da eliminação¹⁵ e estudos urodinâmicos¹⁶. Menciona também que a componente da sexualidade, na mulher, é afetada devido à barreira física da IU, como também, espasticidade e posicionamentos, sendo necessário recorrer a medicamentos para aumentar a lubrificação, como também recorrendo à estimulação manual e vibratória do clitóris para aumentar a resposta sexual.

A inexistência de um controle vesical autónomo influencia negativamente a mulher com LVM na sua qualidade de vida. Segundo a OE (2009) quando existe “interrupção total ou parcial das vias, dos centros de micção ou dos nervos que a irrigam, chama-se disfunção neurogénica da bexiga ou bexiga neurogénica” (p.44), sendo necessário investir na reeducação vesical para diminuir a possibilidade de outras complicações, como infeções do trato urinário.

No período imediato, após a lesão medular, a pessoa apresenta uma paralisia flácida temporária, designada por choque medular, caracterizada por privação de toda atividade reflexa abaixo do nível da lesão. Os sinais de choque medular, ao nível da função urinária, são similares aos da bexiga neurogénica, não havendo presença de sensação de bexiga cheia, o que provoca o seu alongamento, momento este que pode prolongar-se por período indeterminado variando consoante o tipo de bexiga neurogénica e nível de lesão (Stevens, 2008). Nesta fase é aconselhável a algaliação permanente devido à debilidade da bexiga (evitando a hiperdistensão vesical) e pela necessidade de uma monitorização rigorosa do balanço hídrico (OE, 2009). Após esta fase inicial existirá a necessidade de estabelecer novos mecanismos de compensação da disfunção vesical e neste aspeto o EEER terá um papel preponderante.

Depois do choque medular existem essencialmente dois tipos de bexiga neurogénica: reflexa e autónoma. Na bexiga neurogénica reflexa, a pessoa não sente a bexiga cheia nem existe micção voluntária, existe movimentos descoordenados da bexiga esvaziando com volumes baixos de urina, o reflexo bulbocavernoso¹⁷ é

¹⁵ “O diário da eliminação fornece informação sobre o número de micções, volume, número de perdas e episódios de urgência” (Redol & Rocha, 2016, p.193).

¹⁶ “A investigação urodinâmica é o único método que consegue avaliar objetivamente a função da eliminação, detetar lesões funcionais, neurológicas ou anatómicas, e obter informação necessária à escolha de intervenção específica” (Redol & Rocha, 2016, p.194).

¹⁷ Este reflexo “consiste em colocar um dedo ao nível do reto, e analisar a contração do esfíncter anal e do músculo bulbo-cavernoso aquando a compressão da glândula” sendo que “o tónus do esfíncter anal externo também é avaliado nesta manobra” (Palmas, 2014, p.78).

hiperativo e o arco reflexo¹⁸ permanece intato. Na bexiga neurogénica autónoma é difícil determinar após o choque medular pois as características são similares e, porque a “sensibilidade e o controlo motor estão ausentes, o reflexo bulbocavernoso está ausente ou hipoativo” (OE, 2009, p.245), isto é, a bexiga enche com volumes máximos de urina, não se observando contração da mesma, levando a episódio de IU.

A IU é uma consequência grave e comum na LVM, a qual afeta a sexualidade da pessoa. Segundo Cramp, Courtois e Ditor (2015) mulheres com LVM com bexiga neurogénica reflexa podem ter episódios de IU durante orgasmo devido a contrações musculares, ao passo que perante um quadro de bexiga neurogénica autónoma, se encontra um cenário de IU associado a certos movimentos e posições, durante o ato sexual, ao exercer pressão sobre a bexiga, leva ao esvaziamento da mesma.

A IU na mulher com LVM remete para um grande sentimento de embaraço levando a um decréscimo do seu desejo sexual. O principal receio de muitas destas mulheres é a ocorrência de um episódio de IU durante o ato sexual, demonstrando assim ser este mais um fator negativo na sua imagem corporal, auto-estima, relações interpessoais, qualidade de vida e, claro, uma vida sexual satisfatória (Cramp et al, 2015). Por isso, o EEER deve continuar investir nesta área de modo a promover uma expressão da sexualidade na mulher de maneira saudável e gratificante.

1.3. Contributos do Modelo Teórico de Nancy Roper

Para orientar a prática de cuidados, que advém do desenvolvimento deste projeto, o modelo de vida que sustenta a Teoria de Roper, iniciada no ano de 1980¹⁹, foi a escolhida. Como refere Lutz e Davis (2008) estes modelos possibilitam entender o processo interativo entre a pessoa e o ambiente que a rodeia e como esta funciona no seu processo saúde/doença.

A Teoria de Roper é constituída por cinco conceitos fundamentais, sendo estes os seguintes: Atividades de Vida (AV)²⁰, Duração de Vida, *Continuum* de dependência/independência, Fatores que influenciam as AV e a Individualidade de

¹⁸ Ao nível do Sistema Nervoso Central, a zona inferior e elo de ligação entre o encéfalo e o Sistema Nervoso Periférico, é a medula espinhal. Esta funciona bidireccionalmente ao nível dos impulsos nervosos “desde e para o cérebro, e também um centro de reflexos, dado que os reflexos espinhais se iniciam e completam a este nível (arco reflexo), sem ocorrer controlo consciente” (OE, 2009, p.196).

¹⁹ “*The Elements of Nursing*. Edinburgh:Churchill Livingstone.

²⁰ 12 Atividades de Vida de Nancy Roper: Manter Ambiente Seguro, Comunicar, Respirar, Comer e Beber, Eliminar, Higiene pessoal e vestir-se, Controlar a temperatura do corpo, Mobilizar-se, Trabalhar e distrair-se, Expressar a Sexualidade, Dormir e Morrer (Roper et al, 2001).

Vida (Roper et al, 2001) (Anexo VI). Em detrimento de necessidades, a teoria utiliza o termo de AV, justificado por estas serem examináveis, claramente enumeradas e, em alguns casos, objetivamente avaliadas (Tomey, 2004).

Esta teoria assenta-se nas AV, sendo que estas situam-se no *continuum* de dependência-independência, que pode ser influenciado por fatores biológicos, psicológicos, ambientais, sociopolíticos e económicos. Todos estes fatores encontram-se interligados e influenciam-se mutuamente demonstrando a sua complexidade deste modelo conceptual (Lutz & Davis, 2008). O modo como a pessoa realiza as suas AV contribui para a sua individualidade, porém, o fato de a pessoa não ser independente nestas, a sua dignidade deverá ser sempre valorizada. Enquanto, EEER para poder planificar, executar e avaliar cuidados de enfermagem, deve conhecer a individualidade da pessoa, de modo, a

impedir que problemas potenciais²¹ se tornem reais, aliviar ou resolver problemas reais, lidar de forma positiva com os problemas que não podem ser solucionados, impedir o reaparecimento de problemas tratados, lidar de forma positiva com os estados terminais, a morte e a perda (Tomey, 2004, p.415).

Esta teoria, aquando da sua apresentação, foi chocante principalmente pela evocação do conceito de sexualidade, fundamentando, assim, a sua utilização neste trabalho, na medida em que poucas teóricas abordam esta temática e demonstram a sua importância na dimensão da pessoa. (Roper et al, 2001; Tomey, 2004). Eleva o conceito da sexualidade além da dimensão biológica como também refere que existem diferentes formas de expressão sexual (que variam entre sociedades). Mas são universais a nível do comportamento onde se destinam à atração de outro, sendo que “a aparência física tem aqui uma importância considerável embora não haja padrões uniformes de atratividade sexual.” (Roper et al, 2001, p. 56). Detém-se que para promover a expressão da sexualidade é necessário um equilíbrio em todas as AV's descritas pela teoria apresentada, desde a capacitação da pessoa em vestir, na readaptação motora até à gestão da sua eliminação vesical, porque todas as componentes influenciam-se e determinam a individualidade da pessoa.

Este modelo teórico demonstra que o objetivo principal é a independência da pessoa na execução das AV's ao longo de todo o seu ciclo vital sendo que quando

²¹ Ou Riscos Potenciais, como refere Roper et al (2001), “mesmo em circunstâncias normais, toda a gente permanece exposta a uma diversidade de perigos ambientais que põem em causa a sua segurança, saúde e sobrevivência” (p.30).

existe um desequilíbrio nalguma AV a pessoa necessitará de cuidados de enfermagem pois

a essência da Enfermagem tem como grande missão procurar que o indivíduo recupere ou mantenha a máxima independência nas atividades de vida ou que lhe seja ensinado a saber enfrentar a sua dependência, facilitando a realização das mesmas, de forma independente e administrar tratamentos com o intuito de diminuir ou eliminar os sintomas de doença e consequentemente levar à recuperação da independência (Lima, 2014, p.49).

Por demonstrar-se um modelo amplo e maleável permite uma clarificação do papel do EEER na promoção da independência da pessoa nas AV's, ao implementar planos de cuidados especializados através da avaliação da pessoa segundo a sua fase do ciclo vital, o seu conhecimento, atitudes e comportamentos, como também os fatores influenciadores das AV's já descritos. Só assim poderá haver um respeito pela individualidade da pessoa bem como a sua dignidade (Tomey, 2004).

1.4. A intervenção do EEER

Os objetivos gerais dos cuidados dirigidos à reabilitação baseiam-se em “melhorar a função, promover a independência e a máxima satisfação da pessoa e, deste modo, preservar a autoestima” (Regulamento nº 125/2011, 2011, p.8658). Torna-se imperativo que o EEER possua um conjunto de competências que abranjam um vasto corpo de conhecimentos (teórico, empírico e relacional) para realizar planos de intervenção adequados e personalizados, de acordo com as necessidades apresentadas pelos indivíduos, avaliando e implementando estratégias que melhorem e/ou minimizem consequências adjacentes da lesão, visando assim, o incremento da qualidade de vida. E, como refere, Santos (2017)

a intervenção do EEER, pautada por um corpo de conhecimentos, baseado na evidência científica, e por um conjunto específico de intervenções autónomas numa perspetiva holística e da individualidade da pessoa, pode promover ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem pela diminuição da incapacidade e maximização da funcionalidade física e psicossocial e, sobretudo, promovendo a qualidade de vida da pessoa com incapacidade ou deficiência (p.13-14).

A reabilitação do cliente com LVM primariamente foca-se em prevenir complicações, promover recuperação a nível neurológico e maximizar as potencialidades existentes após o incidente. Posteriormente existe um enfoque no

aumento da independência nas AVD's, no reajustamento do cliente à situação atual de saúde e facilitação na reintegração social. Dados os benefícios que advêm da reabilitação é necessário definir estratégias, técnicas e exercícios para otimizar a nossa intervenção (Fehlings et al, 2017) apoiadas por conhecimentos teórico-práticos que deve acompanhar sempre o EEER de modo a colmatar as necessidades sentidas do cliente/família. Por isso, o EEER deve estar informado e capacitado sobre as necessidades de reabilitação do cliente com LVM (Apêndice I).

O EEER deve estar habilitado para desenvolver a dimensão da sexualidade com a pessoa alvo dos seus cuidados mas o próprio deve ser alvo de auto-educação devendo ser detentor de conhecimento sobre a fisiologia da resposta sexual humana; conhecer os diversos comportamentos sexuais e a sua prevalência; conhecer as diferentes disfunções sexuais; relacionar e adequar conhecimentos segundo a idade, género do cliente, preferências, acontecimentos de vida, comorbilidades, comportamentos, medicação e função sexual; e, ser responsável sobre as intervenções efetuadas (Duchenne, 2008). Razão pela qual, abordar esta temática e desenvolver intervenções adequadas demonstra ser algo complexo.

Para uma intervenção adequada na esfera da sexualidade, o EEER, deve ter conhecimento sobre a fisiologia da função sexual para dar orientações adequadas aos clientes. Sousa et al (2006) ao estudarem as necessidades de informação e orientação nas pessoas com LVM nesta temática, referem que o EEER deve esclarecer estes indivíduos

sobre alterações na sua vida, o que está afetado, qual o potencial remanescente e como poderá ser desenvolvido, de modo a adaptar-se à sua situação, procurando para isso novas formas de expressão, de modo a manter uma vida sexual gratificante após lesão medular (p.37).

Mas como já referido, abordar esta temática, não é sempre linear e fácil, sendo necessário utilizar meios para que a abordagem seja feita de modo sistematizada e clara, para que as intervenções sejam direcionadas para a individualidade da pessoa.

O modelo PLISSIT²² elaborado por Annon (1976) aparece como um instrumento pertinente para o EEER sendo constituído por quatro níveis: permissão (*Permission – P*), informação limitada (*Limited Information – LI*), sugestões específicas (*Specific Sugestions – SS*) e terapia intensiva (*Intensive Therapy – IT*) (Anexo VII). Os primeiros níveis inserem uma orientação simples não havendo necessidade para uma ajuda mais especializada, que é necessária apenas no último nível, sendo que nessa altura o enfermeiro deve estar desperto e encaminhar a pessoa para o profissional de saúde especializado (Garret & Teixeira, 2006; Menoita, 2014).

Apresenta-se como um modelo que pode ser utilizado por enfermeiros com o objetivo de reabilitar/readaptar, delimitando intervenções diferenciadas e desenvolvido através de uma crescente relação de ajuda com a pessoa. Lourenço (2014) enuncia a necessidade de “sublinhar que ao enfermeiro não compete tratar a disfunção sexual, a ênfase do cuidado de enfermagem deve ser a promoção da saúde sexual e a compreensão e encaminhamento precoce de uma possível disfunção” sendo que o “modelo PLISSIT pode ser um elemento orientador na prática de enfermagem” (p. 251). Segundo New, Seddon, Redpath, Currie e Warren (2016) os enfermeiros na equipa de reabilitação apresentam-se como elementos chave na educação do cliente com LVM nas possíveis mudanças na sua sexualidade mas também no alcance de estratégias para colmatar as mesmas. Este mesmo artigo enaltece um conjunto de recomendações sobre as principais necessidades e preferências dos clientes em relação à temática da sexualidade onde o modelo PLISSIT é enaltecido como aspeto fundamental pela sua facilidade no uso, na abordagem centrada no cliente e pela possibilidade de encaminhamento rápido do

²² Garret & Teixeira (2006) definem o Modelo PLISSIT nos seus 4 níveis:

Nível 1 – Permissão - Centra-se em demonstrar ao cliente que se compreende e aceita-se as suas limitações de ordem sexual, transformando este momento numa ocasião privilegiada, transmitindo segurança, demonstrando o tema como algo rotineiro. Aborda-se algumas preocupações ao nível dos sentimentos, novos comportamentos, das fantasias e dos pensamentos;

Nível 2 – Informação Limitada: fornecer informação mais detalhada acerca do que preocupa a pessoa, principalmente ao nível das suas limitações e dando a conhecer as suas potencialidades. Pode-se também introduzir possibilidades alternativas para o desempenho do ato sexual, como também introduzir o assunto da paternidade/maternidade;

Nível 3 – Sugestões Específicas: Este nível é a continuidade do anterior e não se deve introduzir sugestões específicas sem que a informação anterior não tenha sido apreendida. Este patamar é definido como a introdução de orientações de mudança comportamental que ajudem a pessoa a alcançar os seu objetivos pessoais, que são assentes numa história clínica bem definida.

Nível 4 – Terapia Intensiva: Neste nível de intervenção é necessário a intervenção de terapeutas sexuais especializados, em que o tratamento é individualizado e específico para a problemática referente à pessoa.

mesmo para outro profissional dentro da equipa que forneça informação especializada.

É essencial para uma orientação sexual básica, o EEER, tenha conhecimento do padrão sexual da pessoa anterior ao incidente; conhecer as expectativas do cliente em relação à sua sexualidade; prestar esclarecimentos em relação às consequências da patologia e do tratamento; encorajar a pessoa a pensar na sua sexualidade para além do padrão da genitalidade; descobrindo novas formas de prazer satisfatórias; fomentar uma comunicação aberta entre o casal; e, transmitindo reforço positivo na redefinição da sexualidade na pessoa e casal (Josefino, 2014). Quando necessário, o EEER deve estar desperto das suas limitações sempre que existe necessidade de uma intervenção mais especializada dirigindo a pessoa para uma ajuda mais especializada, indo de acordo com o Modelo PLISSIT apresentado.

Como tem sido demonstrado ao longo do trabalho, o campo de atuação do EEER na promoção da sexualidade, demonstra-se de grande abrangência e interligado com todas as dimensões do individuo. O EEER deve descobrir alternativas de ampliar a satisfação do cliente através de cuidados especializados de reabilitação como “o treino intestinal e vesical, o sucesso nas transferências e a independência nas atividades de vida diária promovendo assim uma imagem positiva de si” (Duchenne, 2008, p.610). Aumentando, assim, a sua auto-estima e autoconceito e, consequentemente, a sua expressão da sua sexualidade.

Emerge a necessidade de incidir a nossa intervenção no ensino do autocontrolo da continência urinária porque esta influencia “determinantemente a qualidade de vida da pessoa e o seu processo de relação com o mundo que a rodeia” (Rodrigues et al, 2008, p.19). Para o autocontrolo urinário nestes clientes surge a necessidade de esclarecimento destas mesmas técnicas não só a estes mas também aos cuidadores. É necessário enquanto profissionais incluir os cuidadores informais em todo o processo de reabilitação, não só em ambiente hospitalar, mas também no contexto comunitário. As equipas especializadas na comunidade devem focar-se na reabilitação dos clientes através da prestação de cuidados individualizados e adaptados ao ambiente onde se incluem pois o ambiente domiciliar demonstra-se como um lugar benéfico “para desenvolver o potencial máximo de autonomia/independência do cliente, porém, a ele e à sua família pertence o domínio

do mesmo, exigindo por parte do profissional de saúde, uma postura de constante negociação e reconstrução dos cuidados” (Couto, 2012, p.14).

Por isso, os EEER's, devem interligar técnicas que visam este autocontrole urinário, tendo em conta a individualidade e especificidade de cada situação, incrementando sempre um ambiente de motivação e parceria com o cliente e sua família. Estas técnicas passam por “técnicas comportamentais de treino vesical, com registos orientados por objetivos e treinos de hábitos, até exercícios de fortalecimentos muscular específicos e a autocateterização intermitente” (Rodrigues et al, 2008, p.19). Esta última emerge como uma técnica muito utilizada na população com LVM pela sua simplicidade mas também por acarretar a possibilidade de prevenção de possíveis infeções do trato urinário, como também diminuir sentimentos de isolamento social. Antes do ato sexual, a mulher com LVM, pode adotar uma preparação que visa esvaziar a bexiga antecipadamente e limitando a ingestão de líquidos de forma a manter a sua continência, diminuindo assim sentimentos de ansiedade por possíveis perdas de urina (OE, 2009).

Amjadi, Simbar, Hosseini e Zayeri (2017) referem que a necessidade de reabilitação é necessária para diminuir o risco de IU bem com incontinência fecal para uma sexualidade saudável pois muitas vezes o próprio coito e orgasmo aumentam a incidência destes desconfortos. Estes autores enaltecem no seu estudo duas dimensões necessárias para melhorar a qualidade das relações sexuais nas mulheres com LVM: reabilitação física e inclusão do (a) parceiro (a). Diminuindo os problemas físicos, como a IU, irá beneficiar as relações interpessoais bem como o uso de medicina complementar, sendo que neste estudo, enalteceram a acupuntura por demonstrar benefícios na aquisição do orgasmo bem como na diminuição de episódios de IU. Em relação à inclusão do (a) parceiro (a) demonstraram os benefícios do suporte emocional que este pode dar ao estar informado e incluído neste reajustamento.

Existe a necessidade de implementar estratégias de autocontrole da continência urinária para a independência funcional nesta população, sendo importante o ensino precoce nestes clientes, embora como refere Rodrigues et al (2008) inicialmente, na fase hospitalar, as pessoas estão mais expectantes na recuperação não apreendendo a totalidade da informação por acharem que não será necessário num futuro, e só mais tarde, começam a dar valor a esta temática.

Após a fase de choque medular, onde existem benefícios clínicos na algaliação permanente para a mulher com LVM, emerge a necessidade de incidir em novas opções de modo a promover a sua autonomia (OE, 2009, Rodrigues et al, 2008). O EEER deve incidir em programas de cateterismo intermitente ou auto-esvaziamento e de esvaziamento sem cateter sendo os seus objetivos “atingir a continência urinária, sem gerar efeitos colaterais e prevenir as complicações da algaliação permanente” (OE, 2009, p.127).

A intervenção do EEER na esfera da sexualidade deve ser incluída em todos os planos de intervenção. Mas, embora isto seja enaltecido em muitos trabalhos, os profissionais de saúde em geral demonstram pouca sensibilização nesta temática, bem como, não são providos de instrumentos e estratégias que lhes confirmem segurança na mesma (Queirós, 2015). Por isso, primariamente, o EEER deve ter em mente, que um portador de LVM, não é um ser assexuado, para assim conseguir desenvolver cuidados de enfermagem especializados e de qualidade na área da reabilitação.

2. DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES E ANÁLISE DA APRENDIZAGEM – CONTRIBUTOS PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS COMO EEER

O presente relatório teve por base a experiência vivida em três contextos clínicos distintos, contextos estes que se revelaram como uma mais-valia para um percurso formativo pautado por uma vasta diversidade de vivências. Inicialmente este percurso desenvolveu-se em ambiente hospitalar, nomeadamente numa unidade especializada em clientes com LVM²³, de um hospitalar central de Lisboa, desenvolvendo-se também num contexto comunitário (em concreto numa Equipa de Cuidados Continuados Integrados – ECCI – da região limítrofe de Lisboa). Posteriormente, surgiu também a possibilidade de ingressar três dias num centro de medicina de reabilitação, permitindo assim contatar com a população alvo do enquadramento conceptual, a Mulher com LVM.

Ao longo destas três experiências ocorreram momentos de grande reflexão e análise que me permitiram formar como profissional, ajudando-me a desenvolver e aperfeiçoar as minhas competências como EEER pois

a actuação do enfermeiro especialista inclui competências aplicáveis em ambientes de cuidados de saúde primários, secundários e terciários, em todos os contextos de prestação de cuidados de saúde” envolvendo a “educação dos clientes e dos pares, de orientação, aconselhamento, liderança e inclui a responsabilidade de descodificar, disseminar e levar a cabo investigação relevante, que permita avançar e melhorar a prática da enfermagem (OEa, 2010, p.2).

Tanto as Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (CCEE) como as Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (CEEEER) apresentam-se como dois quadros reguladores perante a atuação do enfermeiro que procura elevar-se como profissional especializado na nossa sociedade, visando colmatar necessidades através de uma prática baseada na

²³ Unidade especializada em clientes com LVM integrada num hospital central de Lisboa que abrange o distrito de Lisboa, Almada, Vila Franca de Xira, Médio Tejo, Instituições Hospitalares da área de influência da ARS do Alentejo, o Arquipélago do Açores e os PALOP (São Tomé e Príncipe, Cabo Verde e Guiné).

evidência²⁴. As competências comuns são partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, qual seja a sua índole da especialidade, enquanto as competências específicas baseiam-se em “respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e do campo de intervenção para cada área de especialidade, demonstradas através de um elevado grau de adequação dos cuidados às necessidades de saúde das pessoas” (OEa, 2010, p.3).

A temática da sexualidade encontra-se incluída nas CEEER demonstrando-se (tal como já anteriormente discutido), uma área de intervenção fulcral a ser desenvolvida pelo EEER na medida em que tal AV²⁵, a par das restantes AV's, sofre influência mútua. Assim, ao longo da execução de todo este percurso tentou-se responder à seguinte pergunta: “Qual a intervenção EEER na promoção da AV, Expressar a Sexualidade, na Mulher com LVM?”.

A partir da pergunta supracitada emergiram seis objetivos específicos (OBE) que permitiram alcançar competências específicas enquanto EEER:

- ❖ OBE 1 - Conhecer a dinâmica do serviço e equipa, na vertente estrutural, organizacional e funcional;
- ❖ OBE 2 - Analisar o papel do EEER na dinâmica da instituição/serviço;
- ❖ OBE 3 - Compreender a problemática da perceção da sexualidade da Mulher com LVM;
- ❖ OBE 4 - Desenvolver competências especializadas em enfermagem de reabilitação à pessoa com LVM, mais especificamente na mulher;
- ❖ OBE 5 - Capacitar a Mulher com LVM na realização de AV que promovam a expressão da sua sexualidade;
- ❖ OBE 6 - Desenvolver competências e intervenções de enfermagem de reabilitação no âmbito da gestão da Eliminação Urinária na Mulher com LVM.

²⁴ A prática baseada na evidência requer a identificação de uma pergunta clínica, a procura da sua evidência através de uma crítica revisão de literatura, avaliando essa mesma evidência e aplicando a mesma no contexto clínico onde o cliente se encontra inserido. Este conceito insurgiu na enfermagem, não só influenciado por outras disciplinas, mas também alicerçado na tradição da enfermagem utilizar o resultado de pesquisas para o alcance dos melhores cuidados aos seus clientes. A prática baseada na evidência fornece uma estrutura onde os profissionais de saúde e clientes possam participar num processo de tomada de decisão partilhada sobre os cuidados de saúde. Este processo é baseado no resultado de uma pesquisa afincada e atual além da experiência pessoal do profissional de saúde (Beyea & Slattey, 2013).

²⁵ 12 Atividades de Vida (AV) de Nancy Roper (1980): Manter Ambiente Seguro, Comunicar, Respirar, Comer e Beber, Eliminar, Higiene pessoal e vestir-se, Controlar a temperatura do corpo, Mobilizar-se, Trabalhar e distrair-se, Expressar a Sexualidade, Dormir e Morrer

Pretende-se, seguidamente, fazer uma descrição dos seis OBE em relação às atividades desenvolvidas e não desenvolvidas, dificuldades sentidas, limitações encontradas e oportunidades que foram sendo descobertas, tudo contribuindo para alcançar as competências comuns e específicas.

❖ OBE 1 - Conhecer a dinâmica do serviço e equipa, na vertente estrutural, organizacional e funcional

Para iniciar este percurso formativo o passo inicial foi a escolha os locais de estágio²⁶, tendo esta escolha sido uma ponderada para que todo o processo se tornasse o mais enriquecedor possível. Foram realizadas entrevistas formais²⁷ com os chefes de serviço e com os orientadores do local de estágio antes do início dos ensinamentos clínicos permitindo uma visualização física do espaço mas principalmente reconhecer a missão e os valores da instituição²⁸ e de que modo o meu projeto de estágio poderia ser aplicado nos contextos. A apresentação e discussão informal do

²⁶ O estágio em ambiente hospitalar foi escolhido por ser um local de eleição para o internamento de pessoas com LVM em fase aguda e, sendo a população feminina, de menor percentagem, aumentando a probabilidade de encontro de prestar cuidados a este grupo específico de clientes. Deste modo, poderia permitir precocemente a intervenção na promoção da esfera da sexualidade, indo introduzindo este tema ao longo do plano de intervenção definido para a pessoa. Em relação à ECCI, este local em questão, foi escolhido devido ao seu perfil geográfico apresentando menos constrangimentos pessoais.

²⁷ A primeira visita ao ambiente hospitalar foi realizada apenas no dia 9 de setembro de 2016 por motivos burocráticos, onde fomos recebidos pela Enfermeira Chefe que nos apresentou o serviço bem como a equipa de enfermagem. O serviço em questão é organizado por 15 camas destinadas a clientes com LVM e, desde a uma nova reestruturação organizacional, neste momento, concomitantemente, inclui-se neste serviço também, uma unidade direcionada à especialidade de Ortopedia, constituída por 8 camas. A equipa multidisciplinar tem integrante 19 enfermeiros sendo 5 destes EEER's. Os clientes com LVM ao longo do internamento, e quando quadro clínico estabilizado, são reencaminhados para consulta e possível internamento em serviço de medicina de reabilitação ou centro de reabilitação. O início do ensino clínico neste contexto iniciou-se no dia 26 de setembro de 2016. Em relação, à comunidade, a primeira visita à ECCI, foi realizada em maio de 2016 sendo a equipa constituída por duas EEER's e sessenta vagas. Os cuidados especializados são realizados no domicílio dos clientes sendo a população constituída essencialmente idosos, com carência socioeconómica e nível de dependência elevado. Nesta visita inicial foi referida a existência de uma cliente com LVM.

²⁸ Na unidade hospitalar a missão é a prestação de cuidados de saúde visando a sua diferenciação na prevenção, no tratamento e na reabilitação a clientes com lesão vertebral, com a existência ou não de lesão medular ou lesão radicular. Na ECCI baseia-se na promoção da saúde e qualidade de vida das pessoas em situação de dependência funcional, doença terminal ou em processo de convalescença, cuja situação não requer internamento, mas que não se podem deslocar de forma autónoma; promover e reforçar capacidades e competências das famílias/cuidadores formais e informais e dos próprios indivíduos, para lidar com as diferentes situações; e, potenciar a resposta integrada às situações de saúde e sociais da população através da rentabilização dos recursos da comunidade (Informações fornecidas oralmente através das entrevistas informais com Enfermeira Chefe da unidade especializada em LVM e com as Enfermeiras Orientadoras de ambos os contextos de ensino clínico).

projeto de estágio²⁹ com os futuros parceiros intervenientes permitiu-me visualizar a receptividade do mesmo. Inicialmente, senti algum receio que esta temática não fosse bem acolhida, principalmente por ser uma área pouco aprofundada na enfermagem, mas felizmente senti uma abertura total bem com para a minha futura presença em ambos locais de estágio.

Senti-me acolhida e respeitada como profissional em ambos os contextos de estágio, sentimentos movidos principalmente pela disponibilidade dos enfermeiros orientadores como também das equipas, que ao ajudarem na minha integração potenciaram ainda mais a minha motivação para este percurso. As primeiras duas semanas, em ambos os locais de estágio, permitiram que reconhecesse o espaço físico, identificar a funcionalidade e dinâmica de toda a equipa, isto é, o seu método organizacional e métodos de trabalho, dando mais ênfase à equipa de enfermagem e EEER's. Para isso, foi importante e fulcral a visualização de normas de serviço, instrumentos e escalas de avaliação utilizadas nos contextos clínicos, bem como demonstrar uma atitude colaborante, motivacional e de disponibilidade com os elementos da equipa.

Para uma integração eficaz em todos os contextos baseei-me num exercício seguro, ético e profissional, tendo em conta a opinião dos enfermeiros orientadores e restante equipa, e principalmente respeito pelos direitos humanos e preferências dos clientes com quem contatei. Para isso, tive que ter em conta não só o Código Deontológico do Enfermeiro (OE, 2005) e o Regulamento do Exercício Profissional de Enfermagem (REPE - OE, 2015) mas igualmente os Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação³⁰ (OE, 2011).

Além do suporte legislativo e regulativo da profissão de enfermagem, a reflexão diária e discussão/orientação com os enfermeiros orientadores revelou-se um alicerce

²⁹ Por sugestão dos enfermeiros orientadores foi facultado informalmente e em suporte PDF o projeto de estágio.

³⁰ Estes padrões demonstram-se uma ferramenta essencial para a promoção dos cuidados especializados na área da reabilitação e sua melhoria mas também como um quadro referenciador para uma reflexão crítica desses mesmos cuidados. Assentam-se em enunciados descritivos sendo os seguintes: a satisfação do cliente, a promoção da saúde, a prevenção de complicações, o bem-estar e o autocuidado, a readaptação funcional, a reeducação funcional, a promoção da inclusão social e, organização dos cuidados de enfermagem. Estes enunciados demonstram na sua referência geral a importância da enfermagem de reabilitação na nossa sociedade ao elevarem o alvo dos cuidados, a pessoa ao longo de todo o ciclo de vida, bem como visando a necessidade deste profissional se encontrar integrado nas equipas para diagnosticar e intervir o mais precocemente aquando diminuição da funcionalidade da pessoa (OE, 2011).

essencial para todo o processo de integração, permitindo um aumento da minha participação na tomada de decisão³¹ em equipa.

Importante também de enunciar que a minha atuação teve em conta salvaguardar a intimidade e privacidade dos clientes com quem atuei (como o uso de cortinas durante as intervenções a nível hospitalar e a minha apresentação inequívoca perante os clientes aguardando o consentimento dos mesmos para realizar as intervenções, entre outras), zelando pela confidencialidade dos processos clínicos referentes aos clientes que ao longo deste trabalho me foram dados a conhecer, atuação esta pautada pelo estrito cumprimento dever ao sigilo profissional (Artigo 85º do Código Deontológico do Enfermeiro, OE, 2005)³². Adotei uma conduta ética e responsável perante os clientes, respeitando o seu processo de tomada de decisão durante os planos de reabilitação. Segundo Scheel-Sailer et al (2017) embora na fase inicial os clientes com LVM se sintam mais confortáveis em delegar o processo de tomada de decisão aos profissionais de saúde, ao longo do seu reajustamento à condição atual, estes delimitam como um objetivo fulcral na sua reabilitação a capacidade de realizar este processo autonomamente. Estes autores decifraram no seu estudo fatores influenciadores no processo de tomada de decisão por parte dos clientes com LVM como aspetos pessoais, físicos e psicológicos; atitude dos profissionais de saúde; fatores organizacionais; ambiente; e, tempo. Os fatores atrás citados acarretavam barreiras ao processo de tomada de decisão como por exemplo, dor, medicação, falta de informação dos profissionais sobre a sexualidade, postura autoritária dos profissionais mas também organizacional e, programas de reabilitação estandardizados não respeitando a individualidade de cada cliente (Idem, 2017).

³¹ Segundo o Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais (OE, 2012) a tomada de decisão do enfermeiro “que orienta o exercício profissional, implica uma abordagem sistémica e sistemática” sendo que este deve identificar “as necessidades de cuidados de Enfermagem da pessoa individual ou do grupo (família e comunidade); após efetuada a correta identificação da problemática do cliente, as intervenções de Enfermagem são prescritas de forma a evitar riscos, detetar precocemente problemas potenciais e resolver ou minimizar os problemas reais identificados” (p.5-6).

³² Artigo 85º - “O enfermeiro, obrigado a aguardar segredo profissional sobre o que toma conhecimento no exercício da profissão, assume o dever de: a) Considerar confidencial toda a informação acerca do destinatário de cuidados e da família, qualquer que seja a fonte; b) Partilhar a informação pertinente só com aqueles que estão implicados no plano terapêutico, usando como critérios orientadores o bem-estar, a segurança física, emocional e social do indivíduo e família, assim como os seus direitos; c) Divulgar informação confidencial acerca do indivíduo e família só nas situações previstas na lei, devendo, para tal efeito, recorrer a aconselhamento deontológico e jurídico; d) Manter o anonimato da pessoa sempre que o seu caso for usado em situações de ensino, investigação ou controlo da qualidade de cuidados” (OE, 2005, p.117)

A minha participação nas passagens de turno que eram realizadas nos contextos clínicos (hospitalar e comunitário) permitiu igualmente integrar-me no seio das equipas, bem como, o registo das minhas intervenções com os clientes no sistema informático implementado nos contextos e, a utilização de uma linguagem uniformizada em relação à construção dos planos de cuidados – Classificação Internacional da Prática de Enfermagem (CIPE) ³³.

Apesar de ser constituído por três dias, o estágio de observação num centro de medicina de reabilitação foi bastante importante, tendo sido útil na identificação da dinâmica institucional, permitindo perceber o que acontece após o encaminhamento dos clientes a este centro, por contraste com o ambiente hospitalar, o que me permitiu fazer este processo de referência e assim conhecer e compreender as diversas dinâmicas resultantes de serviços de diferente natureza.

Aquando do acolhimento, cada cliente tem um enfermeiro responsável nomeado pela Enfermeira-Chefe ou pelo enfermeiro responsável de turno. O enfermeiro nomeado será responsável pela gestão do processo de cuidados de enfermagem daquele cliente. De notar, que os processos de enfermagem são ainda redigidos à mão, não havendo sistema informático implementado no momento e baseado no Modelo teórico de Nancy Roper. Segundo Pestana (2016) a implementação de sistemas de informação a nível informático representa variados benefícios para a qualidade de cuidados aos clientes desde “a melhoria do acesso e partilha de informação e do conhecimento, a melhoria da informação para a decisão clínica e a melhoria da gestão de informação” (p.78). Por isso, o registo eletrónico demonstra-se uma mais-valia para o EEER porque permite uma acessibilidade rápida e, pela organização de dados sustentada por uma linguagem comum, possibilita planificar e implementar intervenções especializadas em enfermagem de reabilitação que poderão levar a resultados mais completos beneficiando os clientes e respeitando a sua individualidade.

³³ Através da introdução desta linguagem uniformizada demonstra-se como um instrumento facilitador na comunicação entre profissionais de saúde sendo que “os dados e informação de enfermagem resultantes podem ser utilizados para o planeamento e gestão dos cuidados de enfermagem” podendo também suportar a tomada de decisão, para aperfeiçoar a qualidade os cuidados prestados (Pestana, 2016, p.83).

Face à análise das atividades desenvolvidas neste OBE pude dar resposta às CCEE, A1, A2, B3 e D1 que se encontram enunciadas e esquematizadas no Apêndice II.

❖ OBE 2 - Analisar o papel do EEER na dinâmica da instituição/serviço

A nível hospitalar após entrevista inicial (já descrita no anterior OBE) apercebi-me de um possível obstáculo na identificação do papel do EEER: a não existência de uma equipa de reabilitação³⁴, por contraste com o contexto da comunidade de que falaremos seguidamente. Mas, embora tal fosse uma possível barreira para a aquisição de competências como EEER demonstrou-se uma mais-valia pela possibilidade de aprofundar mais afincadamente os cuidados específicos ao cliente com LVM adquirindo progressivamente a perspetiva dos cuidados especializados na área de reabilitação nos meus planos de cuidados. Isto porque, não sendo uma população com que contato neste momento do meu percurso profissional e, embora tenha realizado pesquisa bibliográfica como também apreendido conhecimento teórico-prático nas Unidades Curriculares, a pessoa com LVM é alvo de cuidados bastante específicos. Compreender quais os cuidados gerais ao cliente com LVM, como por exemplo, os cuidados de higiene, posicionamentos em clientes com ou sem ortóteses, a utilização do elevador para a transferência para a cadeira de rodas, permitiu que apreendesse não só a organização da equipa de enfermagem mas também construir uma base coesa na construção do meu “eu” como EEER e, claro, identificar o papel do EEER neste contexto clínico.

Nesta unidade existe um significativo número de EEER's³⁵ sendo que, dentro das suas possibilidades e limitações de tempo e recursos, desenvolvem processos de enfermagem de reabilitação com os clientes investindo principalmente, no início do levante precoce, mobilizações articulares, treino de AVD's, reeducação funcional motora (RFM), treino de equilíbrio (estático e dinâmico), treino intestinal e vesical e reeducação funcional respiratória (RFR), entre outras.

Embora a enfermeira orientadora tivesse que prestar cuidados de enfermagem no âmbito de cuidados gerais, a sua intervenção assentava na perspetiva de

³⁴ Equipa demonstra-se como um conjunto de pessoas conciliadas por objetivos comuns (Branco, 2016) e “reabilitação” demonstra-se como “um processo, com um conjunto de etapas e uma abrangência de interlocutores, com profissionais de saúde, utentes, família, cuidadores, onde uma abordagem sistémica é fundamental para atingir os seus objetivos” (Santos, 2016).

³⁵ Cinco EEER's numa equipa de 19 enfermeiros.

enfermeira especialista. Esta postura permitiu um grande acompanhamento, orientação e disponibilidade em todos os turnos, e, com a sua supervisão, planeei, implementei e avaliei intervenções e posteriormente efetuei o seu registo informaticamente dando continuidade aos cuidados especializados.

Os internamentos eram longos (em média, 1 mês) sendo que estabeleci com variados clientes uma relação de proximidade e confiança³⁶, sentindo, não só, o reconhecimento como EEER perante os mesmos, mas também o reconhecimento da nossa importância na qualidade dos cuidados e na capacitação da pessoa. Por isso, além de identificar o papel do EEER neste contexto também consegui demonstrar aos clientes de quem cuidei a importância dos cuidados de enfermagem de reabilitação prestados o que solidificou o alcance deste OBE.

O início do estágio³⁷ nos cuidados de saúde primários não foi fácil e senti algumas dificuldades em conseguir determinar qual o meu papel no seio da comunidade como futura EEER. Desde sempre que o meu percurso profissional foi em contexto hospitalar, com regras e horários estipulados, o que me transmitia um sentimento de segurança por ser um ambiente controlado. Mas, segundo a OE (2010b) onde descreve as CEEER, o EEER utiliza técnicas específicas na área da reabilitação intervindo na educação dos clientes e seus cuidadores mas também no planeamento da alta hospitalar e a continuidade dos cuidados no contexto da comunidade permitindo a sua reintegração na mesma e promovendo a dignidade da pessoa através do aumento da sua qualidade de vida.

Quando existiu esta mudança de contexto no ensino clínico a principal dificuldade sentida foi a existência de um ambiente não controlado, exposto a todo um conjunto de situações imprevisíveis, ao que se juntou a ponderação de como atuar, na qualidade de futura EEER, no ambiente do cliente, o seu domicílio. Como refere Boylan e Buchanan (2011) o ambiente da comunidade “não designa apenas a base física onde o individuo vive, trabalha e funciona, mas também a dinâmica familiar e outros sistemas de suporte que possam afetar a capacidade de ser independente”

³⁶ Lourenço et al (2011) descrevem a relação de confiança como um “processo dinâmico no qual os enfermeiros e os clientes são actores aliados e em construção” onde o “enfermeiro assume um papel decisivo uma vez que ele próprio representa o instrumento terapêutico da relação de cuidar, devendo desempenhá-lo com competência, suportando a sua acção em conhecimentos éticos, científicos e técnicos, e numa prática reflexiva indispensável ao desenvolvimento da qualidade desta relação” (p.11).

³⁷ Iniciado a 28 de novembro de 2016.

(p.191). Outra dificuldade foi assinalar a minha imagem como futura EEER neste ambiente porque os clientes integrantes na ECCI, já detinham como representantes deste papel, as duas enfermeiras orientadoras, como também estabelecido uma relação de confiança³⁸ com as mesmas. Este fato dificultou a minha integração na comunidade por originar falta de segurança sentida pelo contexto de incerteza dos cuidados e pelo tempo necessário para estabelecer uma relação de confiança com os clientes de igual modo como as enfermeiras orientadoras detinham. Mas estes receios e dúvidas foram sendo colmatados porque “a reabilitação é uma intervenção ativa para conseguir a máxima funcionalidade e para melhorar a qualidade de vida” (Hoeman, 2011, p.1) e apreendi que ao longo deste processo ativo a confiança vai crescendo na díade EEER-cliente pelos benefícios que os cuidados acrescem na qualidade de vida da pessoa.

Todos os clientes integrados nas sessenta vagas da ECCI continham um processo clínico em papel que acompanhava os EEER's nas visitas domiciliárias, o que permitia uma consulta rápida sobre o cliente, o seu percurso e as suas necessidades. Demonstrou-se um método de transmissão de informação positivo porque os cuidados são realizados na comunidade, num contexto em que não é possível, neste momento, aceder a suporte informático. Após as visitas domiciliárias realizei os registos de enfermagem correspondentes aos cuidados especializados realizados e, assim perpetuando uma continuidade de cuidados bem como uma transmissão de informação sobre a evolução do processo de reabilitação dos clientes. Mas, também era realizada esta transmissão a nível informático e como já foi enunciado anteriormente demonstra-se benéfico para a qualidade dos cuidados de enfermagem de reabilitação.

Todo o processo de integração dos clientes na ECCI estava a cargo de uma das EEER's e orientadora do meu estágio, o que me permitiu visualizar e compreender todos os passos do processo burocrático subjacente. O que mais me marcou foi a objetiva necessidade de existência de mais EEER's no seio da comunidade face aos pedidos que chegam à plataforma informática, dado que segundo a experiência das EEER's orientadoras é quando o cliente regressa ao domicílio, após estadia em meio

³⁸ O conceito de *Confiança* entende-se “como um elemento facilitador ao nível das práticas clínicas, da gestão de cuidados [de enfermagem] e da formação de enfermeiros” demonstrando-se também como “uma qualidade essencial à construção de uma relação, tendo em conta a singularidade da experiência humana dos clientes e respetivas famílias, em especial quando vivenciam situações de vulnerabilidade” (Lourenço et al, 2011, p.4)

hospitalar, e se depara com as suas novas limitações, é nesse momento que se concretiza com um avolumar de dúvidas quanto à sua condição e forma de estar.

Cardoso, Felizardo e Januário (2012) referem que o retornar a casa

representa um momento crítico e complexo para a pessoa dependente e para o seu agente de autocuidado terapêutico informal, consignando ao enfermeiro uma missão preponderante nos vários processos de transição e como elemento de suporte à capacidade da tomada de decisão da pessoa ou agentes, para a concretização de transições saudáveis que beneficiem o autocuidado (p.75).

Neste contexto de ensino clínico, são realizadas avaliações mensais por parte do EEER de modo avaliar o progresso dos clientes bem como programar novas intervenções e/ou possíveis altas sendo que realizei este processo, desde do seu planeamento à implementação de intervenções com supervisão das enfermeiras orientadoras. A distribuição dos clientes era realizada diariamente pelas duas EEER's consoante as suas necessidades e especificidades, já que uma das enfermeiras detém uma formação avançada em Cuidados Paliativos, como também de modo a conseguir que eu estivesse em contato com clientes com necessidades variadas e individualizadas no âmbito da reabilitação. Foi ainda possível cuidar de duas pessoas com LVM o que enriqueceu a minha aprendizagem e possibilitou-me uma visão mais abrangente como futura EEER, nomeadamente ao nível de gestor de caso³⁹ na referência para a ECCI⁴⁰.

As pessoas que eram alvo dos cuidados de enfermagem de reabilitação faziam constar, no seu processo, a colheita de dados específica e plano de cuidados de reabilitação com os objetivos que se pretendia alcançar e que eram negociados com o cliente/família.

Tive a possibilidade de iniciar um processo de enfermagem sobre um cliente com LVM por patologia oncológica sendo que fiz a primeira visita domiciliária,

³⁹ O gestor de caso, é um dos elementos de uma equipa multidisciplinar, que se foca na pessoa individual e na colmatação das necessidades desta. Promove o trabalho em equipa, mobiliza profissionais segundo as suas competências, mobiliza recursos e, incita a participação da pessoa nos seus cuidados, para que esta alcance a sua máxima autonomia e bem-estar (Pires, 2013).

⁴⁰ Em Portugal, com aumento do envelhecimento da população demonstrado com a inversão da pirâmide populacional, existiu a necessidade da criação da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), porque com “a alteração do tecido social provocada pela ausência do domicílio da mulher, cuidadora tradicional” levou “à necessidade de encontrar respostas de pessoas em situação de dependência” (Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados, 2009, p.4). Nesta ECCI os clientes eram referenciados principalmente a nível hospitalar entrando o pedido na plataforma eletrónica da RNCCI Integrados e sendo posteriormente avaliados pela assistente social, médico de família e enfermeiro (que seria o seu gestor de caso).

tornando-me assim, o profissional de saúde de referência naquela altura. O EEER a prestar cuidados na comunidade demonstra ser um ótimo aliado na maximização/potenciação das capacidades no cliente, na identificação de barreiras arquitetônicas, supervisão de ajudas técnicas e produtos de apoio, como também diminuindo a restrição social dos clientes através do estabelecimento de planos de reabilitação adequados aos objetivos delineados em conjunto (OE, 2010b).

Por isso, a necessidade de uma efetiva avaliação aquando da integração de um novo cliente, neste caso, junto da ECCL, foi essencial para o estabelecimento de um plano concreto de apoio ao indivíduo. Esta primeira visita permitiu-me agilizar a construção de um plano de cuidados de reabilitação inicial, traçado pelos objetivos do cliente mas também pela identificação problemas, tanto concretos como meramente potenciais, prevenindo limitações na execução das suas AV's. A elaboração deste planeamento de cuidados no âmbito da enfermagem de reabilitação possibilitou-me identificar problemas potenciais⁴¹ (como por exemplo, mobiliário que não possibilite a passagem de uma cadeira de rodas), principais medos e receios do cliente e cuidador informal, a necessidade de ajudas técnicas (e de como obtê-las, sendo que a ECCL poderia ter ou então encaminhar para alguma instituição), entre outros. Mas o mais importante foi demonstrar ao cliente e, neste caso também, a sua cuidadora informal (a esposa), que existia uma pessoa de referência que o podia ajudar, sendo aqui que se concentra o cerne da díade EEER – cliente: a confiança.

Assim, é necessário que os profissionais de saúde estejam conscientes no desequilíbrio que estas transições podem gerar no seio familiar sendo necessário conjecturar em conjunto com a pessoa e sua família estratégias para alcançar novamente um equilíbrio (Cardoso, Felizardo & Januário, 2012). Por isso, o EEER, possuindo um conjunto de competências técnico-científicas mas também o conhecimento de recursos humanos e materiais, revela-se uma peça essencial na comunidade, permitindo facilitar o reajustamento do cliente evitando que os problemas potenciais se tornem problemas reais na execução das AV's (Roper et al, 2001).

Face às atividades desenvolvidas face a este OBE pode dar resposta às CCEE A1, A2, B3, D1 e D2 e, ao nível das CEEEER à competência J1 (Apêndice II).

⁴¹ Este conceito integrante no Modelo de Enfermagem de Nancy Roper “incorpora a promoção e manutenção da saúde, a prevenção da doença, e identifica o papel do enfermeiro enquanto professor de saúde” (Roper et al, 2001, p.88).

❖ OBE 3 - Compreender a problemática da percepção da sexualidade da Mulher com LVM

Apenas através da evidência científica poderia conseguir direccionar a minha aprendizagem sobre os cuidados especializados principalmente na área da reeducação sexual. Existem inúmeras alterações físicas e emocionais no cliente com LVM que influenciam negativamente a expressão da sua sexualidade, pelo que se tornava importante um conhecimento profundo de modo a conseguir analisar a pessoa segundo o Modelo Teórico de Roper. Isto porque, inclui todo o ciclo vital da pessoa, decifra o grau de dependência nas AV's e enaltece a relevância das diferenças individuais de cada pessoa na execução destas mesmas AV's (Roper et al, 2001).

Como futura EEER tive que utilizar várias técnicas comunicacionais e relacionais, nomeadamente garantir sempre um ambiente seguro e com privacidade em todas as minhas intervenções como preconizado perante o cliente dado que esta temática despoleta muitas vezes vergonha e incómodo nas pessoas. Segundo, Amjadi et al (2017) a maior parte dos estudos realizados sobre a sexualidade em pessoas com deficiência concluem que são estas as que menos recebem informação sobre educação sexual, facto este que as expõe a um maior risco de doenças sexualmente transmissíveis, sendo por isso necessário ultrapassar possíveis desconfortos na abordagem desta temática por parte dos profissionais.

Deste modo, revelou-se necessário valorizar as duas formas de comunicar, a linguagem verbal e não-verbal, pois “é através da comunicação com o doente, que o compreendemos como um todo, a sua visão do mundo, maneira de pensar, sentir e tomar decisões” (Briga, 2010, p.13). A escuta ativa e a garantia de total ausência de juízos valores foi essencial, enquanto futura EEER, para conseguir abordar a temática da sexualidade com os clientes com quem contatei pois “o aconselhamento eficaz começa com um ouvinte disponível e com vontade, que passa tempo de qualidade a escutar as necessidades do doente enquanto ser sexual” (Duchene, 2011, p.612) de modo a reconhecer necessidades específicas da pessoa. De igual modo, foi minha preocupação informar sempre sobre as questões que seriam colocadas, bem como sobre todas as intervenções que estavam a ser planeadas para a sua reabilitação.

No estágio hospitalar foi possível abordar mais aprofundadamente esta temática com clientes de género masculino, mostrando-se este fato enriquecedor por

permitir alargar o meu foco de aprendizagem. Portanto, este suposto ‘obstáculo’ evidenciou a necessidade de pesquisar e obter ainda mais aprendizagens, permitindo o desenvolvimento de mais competências nesta temática e, assim não catalisou sentimentos negativos que pudessem influenciar o estágio.

Contatei com vários clientes nesta unidade específica para LVM, mas o Sr. N.⁴² foi sem dúvida um dos mais marcantes, por ter contactado durante todo este estágio e desenvolvido um plano especializado em cuidados de reabilitação com grande preponderância no treino de AVD’s, mobilizações, treino de equilíbrio, transferência para a cadeira de rodas e, reeducação vesical e intestinal, entre outras.

Pelo fato da temática da sexualidade estar muito ligada à intimidade da pessoa, usei como estratégia, abordar a mesma aquando a reeducação vesical, como preconizado pela OE (2009) e suportado pelo modelo teórico utilizado onde as AV’s interagem resultando na individualidade da pessoa (Roper et al, 2001). O ensino do autocateterismo vesical intermitente foi realizado de acordo com as normas instituídas no serviço e com a supervisão da minha enfermeira orientadora.

Ao longo das sessões planeadas fui apreendendo a visão subjetiva da temática da sexualidade do cliente antes e após a lesão, permitindo assim que direcionasse a temática segundo a sua perspetiva, as suas expetativas, respondendo a dúvidas e receios e, o nível de importância que esta esfera tinha na sua vida. Amorim (2017) menciona que o EEER ao implementar programas de reabilitação sexual de acordo com as reais expetativas dos clientes, promove a sua adesão e motivação, enaltecendo a autonomia do cliente em todo o processo.

Além de descortinar o significado do conceito “sexualidade” para o Sr. N. (que enunciou-me ‘ato sexual’ e ‘auto-imagem positiva’), o foco da minha intervenção, foi demonstrar-lhe que a expressão da sua sexualidade poderia ser potenciada pela capacitação de outras AV’s, como a higiene e vestir-se ou na gestão da eliminação vesical (fazendo autocateterismos antes do ato sexual, por exemplo). Anderson et al (2007) num estudo sobre o impacto da LVM na saúde sexual da pessoa referem que a IU interfere negativamente na disposição em iniciar o ato sexual ou outro ato que necessite de maior intimidade com o(a) parceiro (a). Enuncia também que este aspeto

⁴² O Sr. N. era um cliente de 39 anos de idade, vítima de acidente de motociclo, que se encontrava hospitalizado desde de junho de 2016, com diagnóstico de paraplegia completa ao nível neurológico de T11 (ASIA A). Encontrava-se aguardar ida para um centro de reabilitação mas em virtude de infeções urinárias de repetição tal ainda não se tinha concretizado.

é influenciado pela capacidade da pessoa em realizar técnicas, como o autocateterismo, que permitam em gerir a sua eliminação vesical de modo a não haver constrangimentos durante o ato sexual. Por isso, com este cliente, de modo a potenciar a sua expressão da sexualidade foi importante a minha intervenção na reeducação vesical através do ensino sobre a técnica, a promoção apropriada de ingesta hídrica, monitorização dos volumes de urina drenados e seu registo, lavagem das mãos e, sinais e sintomas de possível infeção do trato urinário.

Entre as atividades desenvolvidas para alcançar este objetivo a utilização do Modelo PLISSIT⁴³ elaborado por Annon (1970) permitiu-me organizar a minha intervenção especializada. Assim, descortinei as suas principais dúvidas em relação à sua sexualidade, principalmente em relação à ereção. Santos e Silva (2017) referem que embora tenha aumentado a discussão sobre a sexualidade no género masculino ainda predomina na nossa sociedade a “valorização do coito e da obtenção máxima do prazer sexual” e “a satisfação orgástica é considerada a meta a ser atingida na relação sexual e desta ideia supervalorizada do prazer decorre uma interpretação errônea sobre o conceito de sexualidade” (p.104), fazendo assim prevalecer estigmas perante a pessoa com deficiência e afetando o bem-estar da mesma. Por isso, foi de extrema importância que previamente tivesse abordado a fisiopatologia da lesão - nível neurológico T11 -, e explicar o ciclo sexual, referindo que eventualmente poderia ter ereção reflexa e/ou psicogénica⁴⁴ mas que seria de curta duração, mas a nível da ejaculação associada ao orgasmo seria potencialmente ausente. Abordando a fisiopatologia utilizei também o recurso de imagens mais especificamente do Ciclo de Resposta Sexual de Masters e Johnson (Anexo III) já abordado no capítulo anterior.

Toda esta abordagem foi centrada num reajuste constante como estratégia para alcançar o equilíbrio. Por isso, e com base na pesquisa bibliográfica realizada,

⁴³ 4 níveis: **Permissão** (*Permission – P*), **Informação Limitada** (*Limited Information – LI*), **Sugestões Específicas** (*Specific Suggestions – SS*) e **Terapia Intensiva** (*Intensive Therapy – IT*). Os primeiros níveis inserem uma orientação simples não havendo necessidade para uma ajuda mais especializada, que é necessária apenas no último nível, sendo que nessa altura o enfermeiro deve estar desperto e encaminhar a pessoa para o profissional de saúde especializado (Garret & Teixeira, 2006).

⁴⁴ **Ereção reflexa** (ativada pelo centro sagrado de S2-S4) - ocorre quando existe estimulação tátil da área genital sendo a informação transmitida à medula. **Ereção psicogénica** (ativada pelo segmento medular dorso-lombar de T10-L2) - através de imagens mentais, estímulos cerebrais não tácteis , pensamentos, sonhos, cheiros, sons, sabores (OE, 2009).

alertei o cliente sobre a importância da gratificação sexual, como um universo a explorar e da necessidade de em conjunto com a sua parceira, descobrir novos caminhos. Foi reforçado o impacto da comunicação e da partilha do casal sobre medos e tabus, para alcançarem um entendimento e a possibilidade de descobrirem novas zonas erógenas, como por exemplo, a estimulação dos lóbulos das orelhas, entre outros, pois a estimulação sensorial, como a visão ou o toque, poderá ajudar a focalizar e a descobrir novas formas de prazer (Duchene, 2011; Beckwith & Yau, 2013; Cramp, Courtois & Ditor, 2015).

A existência de um(a) parceiro(a) demonstra-se como um fator decisivo na adaptação da pessoa com LVM à sua condição atual, ajudando a superar obstáculos e barreiras, por isso, deve ser um elemento integrante no plano de reabilitação do cliente sendo uma influência positiva essencial ao cliente. Mas, devemos estar despertos também aos sentimentos dos parceiros, pois estes também experienciam a “perda”, e também necessitam de apoio (Angel, 2015).

Para conseguir abordar e aumentar o interesse do cliente na temática da sexualidade pedi ao Sr. N. que elaborasse uma lista de preocupações e dúvidas para posterior análise entre nós os dois. Como suporte, forneci uma lista de ‘sites’ de discussão de pessoas com paraplegia que abordavam a sexualidade para que lhe desse uma perspetiva que não era o único com dúvidas sobre esta temática e sobre a sua vida futura, bem como organizações e bibliografia como apoio.

Todo este processo demonstrou a necessidade de desenvolver suporte informativo, sendo que desenvolvi dois folhetos sobre a temática da sexualidade, destinados aos géneros diferentes e, que se encontram no Apêndice III.

Como complemento fundamental para a minha aprendizagem foi a oportunidade de realizar um estágio de observação durante três dias num centro de reabilitação da zona de Lisboa num serviço direcionado a pessoas com LVM.

A escolha do local por demonstrar-se como um centro de excelência na área de reabilitação e isso denota-se na sua organização, onde uma equipa interdisciplinar⁴⁵ se concentra para alcançar o auge da capacitação do cliente nas

⁴⁵ Lutz e Davis (2011) referem que a equipa interdisciplinar “colabora para identificar os objetivos do doente e é caracterizada por uma combinação de resolução de problemas que se estende para além dos limites da disciplina e de um trabalho específico de cada disciplina para atingir esses objetivos” (p.27) enquanto a equipa transdisciplinar delimita as fronteiras dos saberes minimizando a repetição dos esforços na obtenção dos objetivos.

suas AV's. A existência de um planejamento diário de atividades demonstra-se como um facilitador para a participação do cliente no seu processo de reabilitação mas é importante que as normas instituídas do contexto onde se insira o cliente sejam suficientemente flexíveis para acomodar as necessidades individuais de cada um (Melin et al, 2017). Como os clientes passam grande parte do dia em diversos departamentos, a presença do EEER demonstra-se mais importante no turno da tarde, quando estes regressam ao seu serviço, e quando o EEER pode dirigir a sua intervenção diferenciada com especial demarcação na RFR, RFM e, no treino de AVD's.

Nesta breve passagem enuncio três momentos-chave de aprendizagem que me ajudaram a compreender o OBE 3: interação com uma cliente de 30 anos paraplégica; entrevista com a Psicóloga que integra a Consulta de Disfunção Sexual Neurogênea (DSN) e que também apresentava LVM; e, por fim, conversa com o EEER que estudou e realizou trabalho na área da sexualidade nesta população, com foco nas atitudes dos profissionais de saúde. Estes três momentos foram muito importantes para o desenvolvimento da temática em estudo e encontram-se explanados no Apêndice IV, com maior detalhe.

A inclusão neste contexto, permitiu-me contatar com uma cliente e abordar a temática da sexualidade, interligando com a AV *Eliminar* (realizava auto-esvaziamentos) e utilizando como linha orientadora o Modelo PLISSIT. Além, disso permitiu-me apreender que os fatores psicológicos e emocionais influenciam o ciclo de resposta sexual, como detetei durante a pesquisa bibliográfica realizada, principalmente pelo medo da rejeição do parceiro e de voltar a ter intimidade com o mesmo (Merghati-Khoei et al, 2016). A entrevista com a Psicóloga permitiu-me validar pontos já discutidos ao longo deste trabalho, como por exemplo, ser essencial não focarmos apenas nas causas orgânicas mas também abordar o desempenho sexual do cliente anterior à LVM, bem como a importância do ato sexual, o seu grau de satisfação, interação do casal, existência de sintomatologia depressiva antes do incidente, entre outros. É importante conhecer o cliente e a sua relação com a temática em estudo, antes do incidente, porque se a pessoa já demonstrava problemas com a sua auto-imagem ou uma baixa auto-estima antes da LVM, a sua readaptação sexual será mais complexa. Foi também ressaltado os principais receios da mulher com LVM na sua sexualidade, que segundo a psicóloga são: o recomeçar/readaptar o ato

sexual; o sentir *versus* o não sentir; a presença de dor e de espasmos; quais as posições sexuais; a existência de drenagem vesical e, receio de falar com o parceiro sobre esta temática. E, por fim, a entrevista com um EEER que desenvolveu um trabalho académico no âmbito das atitudes dos enfermeiros em relação à sexualidade e, a sua restante formação académica incide-se essencialmente na temática da sexualidade em clientes com LVM, também me permitiu alcançar com mais firmeza este OBE 3. As atitudes dos enfermeiros também foi um tema que emergiu da evidência científica que pesquisei e, segundo este EEER resumem-se principalmente às seguintes: medo, desconforto, receio, vergonha e, não vislumbrando esta AV como fulcral de ser abordada logo de início desculpabilizando-se através do foco do que lhes é essencial como por exemplo, a mobilidade. Demonstrou-me que é essencial saber quais as expectativas da pessoa em relação à sua futura sexualidade, demonstrar a resposta sexual e, acima de tudo, desmistificar e desconstruir mitos e preconceitos sobre esta temática. É importante estimular o cliente com LVM a querer saber sobre a sua sexualidade ou pelo menos demonstrar que estamos disponíveis para falar sobre o assunto.

O ensino clínico em contexto da comunidade embora tivesse contactado com uma cliente do sexo feminino, a esfera da sexualidade, não foi abordada diretamente, sendo que o foco do processo de cuidados de especializados em enfermagem de reabilitação foram focados em manter as atuais capacidades que esta detinha e prevenir potenciais complicações.

Na descrição das atividades desenvolvidas face a este OBE pude dar resposta às CCEE A1, A2, B3, D1 e D2, como também alcançar CEEER, J1, J2 e J3 (Apêndice II)

❖ OBE 4 e OBE 5 - Desenvolver competências especializadas em enfermagem de reabilitação à pessoa com LVM, mais especificamente na mulher; e, Capacitar a Mulher com LVM na realização de AV que promovam a expressão da sua sexualidade⁴⁶

Para atingir estes OBE's foi necessário ao longo dos ensinamentos clínicos fazer uma pesquisa bibliográfica sobre a prestação de cuidados à pessoa com LVM, de acordo com as necessidades e especificidades dos clientes que encontrei ao longo dos ensinamentos clínicos, visando o cuidado holístico que o EEER deve deter em todas as circunstâncias. Além disso, para atingir este objetivo também foi importante toda a aprendizagem adquirida nas Unidades Curriculares ao longo dos anteriores semestres. Não foram apenas os conhecimentos teórico-práticos adquiridos nas aulas lecionadas mas também toda o saber transmitido pelos enfermeiros orientadores e restantes profissionais de saúde, o que me permitiu aumentar os meus conhecimentos não só com os clientes com LVM mas todos os outros com quem contatei.

Na unidade vertebromedular, como já foi referido, ao interiorizar inicialmente os cuidados específicos ao cliente com LVM permitiu que fosse realizando um processo de reabilitação, negociando com o cliente o mesmo e, posteriormente incluindo e demonstrando ao cliente a esfera da sexualidade. Não foi só importante intervir na dimensão física do cliente com LVM para a sua expressão da sexualidade, como por exemplo, aumentar a sua força e amplitude articular para realizar posições sexuais, mas também, e de acordo com uma visão holística, intervir na vertente social e emocional, como aumento da sua autoestima e autoimagem através da capacitação das AV's (Robinson et al, 2011).

Neste campo de estágio, a avaliação neurológica da lesão medular aos clientes é realizada mensalmente durante todo o período do internamento, através da escala ASIA (Anexo II) o que permite perceber a evolução do cliente ao longo do internamento. Utilizei esta escala aquando realização dos meus planos de intervenção permitindo-me identificar a nível sensorial e motor, quais as alterações que o cliente

⁴⁶ A necessidade de unir estes dois OBE advém da sua complementaridade, isto porque, ao desenvolver competências na prestação de cuidados ao cliente com LVM, tendo por base o modelo teórico utilizado neste trabalho e já mencionado, as AV's iriam influenciar-se positivamente ou negativamente consoante a avaliação das intervenções realizadas e, consequentemente na capacitação das mesmas (Roper et al, 2001).

apresentava, classificando o tipo de lesão (completa ou incompleta) e determinando qual o nível neurológico, sendo que elaborei um algoritmo que permitiu uma consulta rápida e que se encontra no Apêndice V. A utilização da escala ASIA possibilitou-me uniformizar os meus cuidados e dar uma continuidade aos mesmos, ajudando-me a implementar cuidados especializados em reabilitação objetivos perante os reais défices que o cliente apresentava (Pinheiro, 2014).

Após reconhecer os défices motores e sensoriais através da escala ASIA outra escala demonstrou-se essencial para o cliente com LVM, a Medida de Independência Funcional (MIF) (Anexo VIII), porque “não focaliza sua atenção precisamente no desempenho da atividade ou na qualidade da ação, mas sim na quantidade de ajuda que a pessoa precisa para completá-la” e, enquanto instrumento avaliativo pode ser utilizada em outras patologias (Riberto, 2014, p. 33).

A MIF na unidade vertebromedular realiza-se no início e no momento da alta sendo um item pré-definido na nota de alta da unidade. Ao utilizar esta escala permitiu-me decifrar se as minhas intervenções tiveram impacto positivo nas AV's, isto é, se o cliente aumentou a sua independência ou encontrou estratégias para tal. Este *continuum* independência/dependência é necessário de modo a que o EEER avalie o nível de dependência nas AV's e “qual o auxílio de enfermagem de que necessita para atingir os objetivos estabelecidos, e qual a forma como o progresso em relação a esses objetivos será avaliado” (Roper et al, 2001, p.105). Pegando no exemplo de um cliente com quem contatei, em relação à alimentação, em que numa fase inicial necessitava de ajuda total devido à tetraparésia que apresentava, mas com a incidência no fortalecimento muscular e aumento da amplitude articular que fomos realizando, no momento da alta, este alimentava-se com auxílio de um dispositivo de compensação conseguindo levar à boca a comida, aumentando a sua independência neste âmbito. Enquanto futura EEER, ao gerir a aquisição deste dispositivo e incidindo nas intervenções atrás citadas, houve uma diminuição do impacto da limitação funcional que este cliente tinha em realizar esta AV, e como refere Glenn-Molali (2011) “o papel da enfermeira é avaliar a ingesta e implementar e reforçar o uso de técnicas compensatórias e de dispositivos de apoio” (p.313) quando existe um défice na realização da AV em questão.

Além das duas escalas atrás citadas, realizei o exame físico para recolher informações básicas do cliente, como a avaliação dos sinais vitais, que realizei no

início e no final das sessões com os clientes. O exame físico permite que o cliente seja observado desde do seu “posicionamento, atitude ou postura, ocorrência ou não de movimentos anormais, padrão respiratório, aspeto geral da pele, grau de hidratação e nutrição, nível de consciência, orientação (temporal e espacial) e cooperação com o exame” (Pinheiro, 2014, p.3). Houve situações onde os clientes com quem contatei verbalizaram dor ao nível dos membros inferiores e/ou superiores antes de iniciar as sessões e, ao, agilizar a toma de medicação analgésica e posteriormente técnicas de relaxamento, permitiu que tolerassem a sessão e houvesse diminuição da dor em questão.

Além do exame físico realizei a avaliação do estado de consciência, com o recurso da Escala de Glasgow⁴⁷ (Anexo VIII) antes de iniciar os cuidados especializados em enfermagem de reabilitação. É necessário avaliar o estado de consciência para sabermos, enquanto profissionais, a percepção que o cliente tem de si pois sem esta averiguação não será possível encaminhar um processo de reabilitação adequado pois existem clientes com alterações acentuadas ao nível da consciência que interferem na apreensão de qualquer tipo de ensino (Menoita, 2014; Varanda & Rodrigues, 2016).

Para me auxiliar na construção de planos de intervenção de cuidados especializados outras escalas foram utilizadas e demonstraram ser fundamentais. A Escala de Braden, que permite avaliar o risco de Úlcera de Pressão (Anexo VIII), foi importante ser utilizada nos meus planos de intervenção, não só com os clientes com LVM mas também com os restantes clientes com quem contatei, porque com a perda da mobilidade e sensibilidade aumenta a probabilidade da sua incidência (Chaves, Chaves & Turra, 2014). Por isso, com os clientes com LVM que contatei incidi nas mudanças de decúbito e no seu ensino, utilização de produtos de apoio (como almofadas) para uma redistribuição da superfície de pressão e, no levante para a cadeira de rodas. Aquando o cliente na cadeira de rodas aproveitei para complementar o ensino da prevenção de úlceras de pressão com a utilização de exercícios de equilíbrio e de fortalecimento muscular (como, *push-up*, exercício do “avião”, exercício inclinação lateral de tronco, exercício de flexão do tronco).

Como a LVM afeta a motricidade dos clientes foi essencial utilizar a Escala de Ashworth (Anexo VIII), para a avaliação do tônus muscular, sendo este “considerado

⁴⁷ É baseado em quatro itens: “abertura ocular”, “resposta verbal” e “resposta motora” (Menoita, 2014).

como o estado de tensão constante a que estão submetidos os músculos”. Pode haver diminuição do tônus – hipotonia – ou aumento do tônus muscular – hipertonia ou espasticidade (Pinheiro, 2014, p.5). A espasticidade desenvolve-se em cerca de 60%-80% dos clientes com LVM sendo que pode demonstrar-se como um problema para a realização das AVD's ou agilizar a realização das mesmas, como por exemplo, nas transferências fornecendo estabilidade e suporte do peso corporal (Tibbett et al, 2018). Ora, ao utilizar esta escala de avaliação pude dirigir corretamente a minha intervenção, como por exemplo, com exercícios de mobilidade articular (passivos, ativos ou ativos assistidos) para diminuir a resistência aos movimentos permitindo gradualmente o aumento da motricidade do cliente (Menoita, 2014). A existência de espasticidade e sua intensidade pode interferir negativamente nas AVD's e consequentemente na qualidade de vida do cliente (Henriques & Fumincelli, 2016). A realização do posicionamento anti-espástico foi uma das minhas intervenções para colmatar os efeitos negativos que a espasticidade acarretava nos clientes que contatei para a realização das AV's pois esta conduzia a um comprometimento funcional, muitas vezes acompanhado por dor. Ao realizar este posicionamento os clientes demonstraram melhorias na sua funcionalidade para realizar as AV's, alívio da dor, melhoria da sua postura e, aumento da motivação para a realização das sessões de reabilitação por denotarem aumento da sua independência (Sposito & Riberto, 2014).

Ao longo das minhas intervenções com os clientes com LVM não poderia deixar de avaliar a força muscular por apresentar um déficit comum nestes clientes sendo que utilizei a Escala de Lower (Anexo VIII). Esta avaliação permitiu-me dirigir o foco dos exercícios durante o processo de reabilitação, por exemplo, com o Sr. N. (paraplegia completa), cliente com quem foi importante realizar exercícios para o fortalecimento dos membros superiores e tronco, com vista ao aumento da sua mobilidade no leito, nas transferências com tábua e consequentemente sem tábua para a cadeira de rodas, e, para realizar as suas AVD's. de modo a obter este fortalecimento utilizei objetos comuns que se encontravam na unidade do cliente como garrafas de água ou produtos de higiene.

A Escala de Morse (Anexo VIII) – Risco de Queda – também foi utilizada pela possibilidade de ocorrer quedas devido a diminuição da mobilidade destes clientes e de instabilidade, quer no leito, na cadeira de rodas ou na utilização de produtos de apoio (como andador ou bengala). Para aumentar a estabilidade dos clientes, o treino

de equilíbrio demonstra-se fulcral porque este é “indispensável para o progresso de movimentos funcionais, transferências e propulsão de cadeira de rodas” como também no desenvolvimento de “um novo senso de esquema corporal e equilíbrio postural” (Loureiro et al, 2014, p.42). Para a avaliação do equilíbrio elaborei uma grelha (Apêndice VI) baseada na existente na unidade vertebromedular onde estive inserida que utilizei na execução nos meus planos de cuidados. Senti a necessidade de elaborar uma grelha específica para clientes com LVM por não haver nenhuma em concreto para esta população, dado que as escalas existentes focavam grande parte dos itens na possibilidade do cliente se manter numa posição ortostática.

A utilização de escalas possibilitou que a minha intervenção especializada em cuidados de enfermagem de reabilitação fosse direcionada para a maximização das potencialidades dos clientes com quem contatei por permitir medir objetivamente a evolução dos mesmos (Varanda & Rodrigues, 2016).

A RFR⁴⁸ foi parte integrante nas sessões que realizei com os clientes tendo sido as minhas principais atividades as seguintes: avaliação do padrão respiratório; dissociação dos tempos respiratórios; respiração diafragmática; exercícios de abertura costal global e seletiva com recurso ou não a bastão; manobras acessórias (percussão, vibração e compressão); treino de tosse assistida e dirigida e auscultação dos campos respiratórios bem como avaliação dos sinais vitais no início e final da RFR. Houve um enfoque da minha parte em realizar no início e no final das sessões, técnicas de descanso e relaxamento, através do posicionamento em decúbito dorsal e *semi-fowler* e, da consciencialização e controlo da respiração⁴⁹, por permitir a redução da tensão psíquica e muscular e o relaxamento dos músculos respiratórios permitindo uma maior participação do cliente nos exercícios (Cordeiro & Menoita, 2014). Tomando outro exemplo da RFR e seus benefícios, ao investir na reeducação diafragmática com o Sr. N. além de “melhorar a ventilação, prevenir crises de dispneia e mobilizar secreções pulmonares” (OE, 2009, p.63) permitia também o fortalecimento do principal músculo respiratório, o diafragma, obtendo também benefícios a nível da

⁴⁸ A RFR é demarcada pelos seguintes objetivos: “reduzir a tensão psíquica e muscular, diminuindo a sobrecarga muscular”, “prevenir e corrigir os defeitos ventilatórios para melhorar a distribuição e a ventilação alveolar”, “assegurar a permeabilidade das vias aéreas”, “impedir a formação de aderências pleurais para manter e recuperar a mobilidade costal e diafragmática”, “corrigir os defeitos posturais” e “reeducar no esforço” (Cordeiro & Menoita, 2014, p.63).

⁴⁹ “A pessoa ao ter a perceção da sua respiração consegue controlar a frequência, a amplitude e o ritmo adequados à sua situação, de forma a obter uma melhor ventilação, com menor dispêndio de energia” (Cordeiro & Menoita, 2014, p.68).

postura para, por exemplo, conseguir manter posição de sentado. Denota-se aqui novamente a interdependência entre as AV's e como estas se beneficiam mutuamente.

O treino de ortostatismo⁵⁰ – Plano Inclinado e *Standing frame* – foi outra atividade realizada com alguns clientes para combater a hipotensão ortostática por ser algo recorrente em clientes com LVM (Henriques & Fumincelli, 2016). Sempre que possível coloquei um espelho em frente ao cliente durante o exercício de *Standing-frame* promovendo o reconhecimento da sua autoimagem e permitindo correções da sua postura corporal. Incentivei também os clientes à sua autonomia no leito através de atividades como o rolar, rotação controlada da anca, ponte, que ajudavam no fortalecimento dos membros inferiores e superiores.

Consoante o nível da lesão, como futura EEER, incentivei os clientes em realizar as suas AVD's através do seu treino, desde da higiene e o vestir-se, na alimentação com a utilização de dispositivos de compensação, no vestir/despir meias de contenção, no calçar/descalçar sapatos, entre outras. O treino de AVD's demonstra-se fulcral porque são as atividades comuns que a pessoa realiza de forma rotineira no seu dia-a-dia (OE, 2011) e cabe ao EEER maximizar estas capacidades. Para isto, utilizei a escala de MIF e o índice de Barthel (Anexo IX) para avaliar as necessidades dos clientes e implementar intervenções para colmatar as deficiências no autocuidado. Com o Sr.N., por exemplo, investi no treino de AVD's no âmbito do treino de higiene pessoal, vestir/despir, transferências e eliminação vesical e intestinal. Segundo Perrier et al (2016) cerca de 50% das pessoas com LVM não fazem qualquer tipo de atividade física embora esta detenha benefícios para a sua qualidade de vida, como a diminuição do risco de doenças cardiovasculares, diabetes e diminuição da espasticidade, estando este fato correlacionado com a existência de barreiras como arquitetónicas ou falta de informação sobre a temática e locais onde possa participar mas com o treino de AVD's e seu incentivo permite que esta lacuna da atividade física seja preenchida.

⁵⁰ Esta atividade nem sempre é tolerada num estado inicial da reabilitação pois a LVM provoca uma alteração no sistema nervoso autónomo, responsável pela vasodilatação, e este encontra-se ausente. Mas esta intervenção tem si variados benefícios como “alongamento da musculatura dos membros inferiores prevenindo deformidades”, “redução da espasticidade pela melhor distribuição do tónus”, “melhora do controle postural”, “estimulação dos receptores proprioceptivos”, “melhora das funções vesicointestinais” e “aumento da autoestima pela reestruturação da imagem corporal” (Loureiro et al, 2014, p.43).

O treino de AVD's permitiu, com o Sr. N., realizar uma preparação do regresso a casa, com a identificação de barreiras arquitetónicas e em conjunto desenvolvendo estratégias para colmatá-las, como a aquisição de uma cadeira de banho para realização da sua higiene pessoal, escolha adequada da cadeira de rodas para deambulação no domicílio e reorganização dos objetos pessoais e alimentares numa altura correta para que este conseguisse alcançar. Foi discutido com o cliente a necessidade de uma cadeira de rodas adequada à sua situação, pois apresenta-se “como uma extensão do corpo modificado pela lesão da medula espinal, ao devolver ao individuo o direito de locomoção (p.77)” fornecendo-lhe autonomia nas suas AVD's mas também devolvendo a sua autonomia (Filho & Costa, 2014).

Além dos variados ensinamentos que realizei, ressalvo também o ensino sobre disreflexia autónoma⁵¹ (DA). Como futura EEER, foi fundamental abordar esta temática com os clientes com quem contatei porque eventualmente iriam regressar a casa e era importante saberem identificar os sinais e sintomas prevenindo assim situações de emergência. Por isso, abordei este tema com todos os clientes com quem contatei, como por exemplo, com o Sr. N., quando realizava as transferências para a cadeira de rodas realizei o ensino sobre verificar sempre se a drenagem vesical (quando ainda tinha permanentemente) não se encontrava obstruída, ter roupas não demasiado apertadas a nível abdominal e/ou controle do volume de urina drenado. Ao fornecer informação sobre a DA fez com que os clientes e cuidadores informais compreendessem a sua importância bem como o perigo e, a necessidade de descobrir o fator incitante nessas situações rapidamente.

Para uma avaliação de algumas intervenções supracitadas esta unidade especializada existia alguns protocolos que acompanhados por *Check-list* permitiam um ensino ao cliente/família uniformizado perante todos os enfermeiros bem como uma continuidade de cuidados, como por exemplo, colocação/manutenção de ortótese, treino de equilíbrio, reeducação vesical e pré-operatório, entre outras. Esta orientação sistemática foi muito útil durante o estágio permitindo um ensino faseado e ajudando-me perceber qual a etapa do ensino em que o cliente se encontrava.

⁵¹ Ocorre tipicamente em clientes com lesão acima de T6, sendo os principais motivos que provocam a DA a retenção urinária e obstipação intestinal. Como consequência o cliente pode experienciar “vasoconstrição aumentada abaixo da lesão, induzindo elevação perigosa da pressão arterial, cefaleia, bradicardia e extremidades frias” (Sposito e Riberto, 2014, p.145).

Embora não tenha contatado com o gênero feminino na unidade vertebromedular, foi onde consegui, capacitar um cliente na realização de AV's que ajudassem na promoção da sua sexualidade – o Sr. N.. Com este cliente, consegui, mais aprofundadamente, demonstrar a importância de capacitar outras AV's para alcançar um aumento da sua expressão da sexualidade, enaltecendo o treino de AVD's, a reeducação intestinal e principalmente a introdução da reeducação vesical (autocateterismo intermitente).

Para culminar a minha aprendizagem foram realizados planos de intervenção especializados em enfermagem de reabilitação sendo que demonstro no Apêndice VII um dos elaborados, tendo por base o modelo teórico sustentador deste relatório (Modelo teórico de Nancy Roper).

O contexto clínico do centro de reabilitação permitiu-me complementar a aquisição destes dois OBE pela possibilidade de contatar com a população abrangida pela temática em estudo. Neste estágio de observação a minha intervenção pautou-se pela transmissão de informação à Sr.^a R. em relação à temática da sexualidade.

A entrevista informal com esta cliente permitiu-me aprofundar ainda mais a interdependência das AV's como também validar alguns aspetos da minha pesquisa bibliográfica, como medos, receios e inseguranças perante esta temática. Após perceber a sua subjetividade do conceito de sexualidade após o incidente, tentei perceber se esta relacionava com a capacitação de outras AV's, como a Higiene e Vestir-se, e como isso influenciaria a sua auto-imagem. Como a cliente não realizava esta interligação foi importante demonstrá-la porque como refere Beckwith e Yau (2013) uma das principais barreiras a uma identidade positiva após LVM é a alteração da sua imagem corporal, muitas vezes relacionado com diminuição da massa muscular, aumento de peso derivado da imobilidade e medicação, e, pela presença de drenagem vesical.

Reconhecendo o sentido que as AV's têm para a pessoa, as suas atitudes/comportamentos perante estas e tendo em conta acontecimentos de vida significativos, neste caso a LVM, irá permitir ao EEER desenvolver a máxima independência dos clientes nas suas AV's através de planos de cuidados especializados e focados na individualidade da pessoa (Roper et al, 2001).

Em relação ao estágio na ECCI, houve uma percepção inicial que seria muito complicado contatar com uma cliente com LVM (Sr^a. I.⁵²), mas tive essa possibilidade, estando esta integrada nas vagas existentes, desde 2011. Ao longo deste ensino clínico, em termos de intervenção com esta cliente, investi na RFR, treino de equilíbrio, mobilizações articulares, fortalecimento muscular e treino de equilíbrio. Esta última intervenção foi sendo negociada com a cliente ao longo de todo o ensino clínico porque embora esta soubesse os ganhos pessoais que poderia ter por conseguir manter equilíbrio estático e ou dinâmico, esta negava-se em realizar. Descobri posteriormente que isto devia-se principalmente a medo da própria cliente em cair sendo por isso, que gradualmente, foi negociando com esta, e no final do ensino clínico esta concordou em realizar o treino de equilíbrio, percebendo que ao tomarmos em conjunto todas as medidas de segurança para realizar o mesmo, a probabilidade de queda era pequena. A participação do cliente não é apenas influenciada pela deficiência que advém da LVM, mas também pela personalidade do cliente e fatores ambientais, e como profissionais devemos ter em consideração estes fatos de modo a aumentar a motivação do cliente no seu processo de reabilitação, ajudando-o, encorajando-o e aceitando o cliente como pessoal individual e única (Direção Geral da Saúde, 2004; Amsters et al 2017).

A expressão da sexualidade e a sua capacitação como AV, não foi abordada diretamente com esta cliente, mas a caminhada foi sendo traçada, isto porque, como já foi referido na história de vida desta cliente, o processo de reabilitação assentava-se na reeducação motora e respiratória, para manter as capacidades que esta tinha e não permitir desenvolvimento efeitos negativos físicos resultantes na imobilidade, e embora a temática da sexualidade não fosse diretamente abordada, estava a ser trabalhada através da capacitação de outras AV's.

Ainda na ECCI tive a possibilidade de iniciar o processo de acolhimento de um cliente com lesão medular por contexto de neoplasia - Sr. L.⁵³-, desde da realização da colheita de dados, integração na plataforma da RNCCI e na realização do processo

⁵² A Sr.I. de 86 anos de idade, género feminino, tem diagnosticado desde 1983 uma neoplasia benigna a nível dorsal tendo sido inúmeras vezes operada para retirada da massa mas com recidivas constantes.

⁵³ O Sr.L. de 66 anos de idade, género masculino, com história de neoplasia do pulmão (estadio IV) esteve internado no hospital da área de residência por quadro de diminuição da força dos membros inferiores (em dezembro de 2016). Após exames complementares apresentava uma massa e lesões ao nível da região dorsal da coluna vertebral e foi intervencionado. Na altura da alta hospitalar e referenciação à ECCI não tinha apresentado melhorias do seu estado neurológico.

de cuidados de enfermagem especializados em enfermagem de reabilitação, permitindo-me assim tornar-me o profissional de saúde de referência deste casal. A LVM é um processo complexo que não afeta só o cliente mas também os seus cuidadores informais, que demonstram ter um papel fundamental no processo de reabilitação e na recuperação do papel social do cliente (Conti et al, 2016). Mas, devemos estar sensibilizados, enquanto profissionais, para a necessidade do cuidador informal necessitar da nossa orientação no cuidado ao cliente com LVM pois estes podem padecer de impactos negativos psicológicos, físicos, sociais e económicos que irá influenciar o seu bem-estar e, consequentemente a pessoa alvo dos cuidados (Rattanasuk et al, 2013). Por isso, nas visitas domiciliárias ao Sr. L., falei individualmente com a sua esposa (cuidadora informal) para que ela verbalizasse os seus medos, receios e expectativas em relação à situação atual que ela vivenciava, demonstrando que ela não estaria sozinha neste processo de reajustamento pessoal.

O contexto da comunidade permitiu-me alcançar um ponto importante neste percurso formativo que foi contactar com clientes com necessidades díspares de reabilitação. Permitiu-me apreender que em contexto domiciliário os EEER's têm que "descomplicar" as suas intervenções, adaptando consoante a pessoa individual mas também segundo o ambiente envolvente pois "a prática da comunidade capacita as enfermeiras de reabilitação para expandirem a sua base de conhecimentos, tentar métodos novos e criativos para atingir objetivos e serem flexíveis" (Boylan & Buchanan, 2011, p.189). A prática centrada no cliente manifesta-se como um conceito holístico onde o cliente é o alvo de cuidados individualizados, existindo uma negociação saudável entre esta díade (enfermeiro-cliente) sobre os mesmos, e, onde o cliente é empoderado para uma tomada de decisão consciente e informada (Morgan & Yoder, 2012). Como futura EEER e estando no contexto domiciliário a criatividade deve estar sempre presente. Aquando da realização de RFR, por exemplo, durante os exercícios de abertura costal em vez de realizar com bastão, porque não havia, utilizava um guarda-chuva, demonstrando assim ao cliente que não necessitamos de objetos específicos para realizar os exercícios bem como incentivando-o a realizar sozinho.

As intervenções realizadas neste contexto foram para além de clientes com elevado nível de dependência, como os clientes com LVM ou de foro oncológico, mas

também foi acompanhar a realidade dos cuidadores informais e gerir os recursos disponíveis na comunidade. A identificação de barreiras arquitetónicas demonstra-se fulcral para uma adaptação do cliente à sociedade sendo que como futura EEER decifrei-as e tentei colmatá-las com autorização do cliente, como por exemplo, mudança dos móveis do quarto e na sala do Sr. L. de modo a conseguir a passagem da cadeira de rodas. O EEER demonstra-se como um recurso essencial

no diagnóstico das necessidades de ajudas técnicas fundamentais à promoção da autonomia e mobilidade, desenvolvendo intervenções que obtêm ganhos no seio da comunidade que, no âmbito das acessibilidades, que se traduzem: no aumento do nível de independência das pessoas e das famílias; na diminuição da dependência funcional e social; na diminuição dos gastos em apoios sociais e de saúde na comunidade/domicílio; na adaptação ao ambiente/habilitação, com menor dependência socioeconómica; na otimização da reintegração da pessoa no seu meio familiar e social. (Ribeiro et al, 2017, p.832)

Existe uma lacuna na nossa sociedade que permita colmatar as necessidades dos clientes no domicílio em relação a ajudas técnicas. O EEER deve assumir como um desafio a reintrodução do cliente na sociedade sendo que “deve ter um papel interventivo, na colaboração de emissão de pareceres, na articulação com entidades e associações por forma a viabilizar melhores condições de acessibilidade e igualdade de oportunidades para todos os cidadãos, sejam ou não portadores de incapacidade” (Ribeiro et al, 2017, p.829). Infelizmente, grande parte dos clientes demonstram rendimentos baixos não podendo investir em ajudas técnicas, como camas articuladas, colchões de pressão alternada, canadianas, entre outros, sendo que aqui, o EEER demonstra-se importante em agilizar a informação de locais que possam ceder estes apoios. Tomando o exemplo, com o Sr.L. devido ao seu nível de mobilidade e sensibilidade, informei sobre a importância de uma cama articulada e de colchão de pressão alternada, para realizar mais facilmente as transferências e prevenir úlceras de pressão respetivamente tendo adquirido estes produtos de apoio.

O cuidado ao cliente com necessidades de reabilitação após AVC também foi importante para o desenvolvimento enquanto EEER por ser uma das patologias mais prevalentes na nossa sociedade e, na idade etária que contatei neste ensino clínico, como também na minha vida profissional atual. Com a alteração da mobilidade, da força muscular, tônus muscular, controlo postural função sensorial, foi fulcral que as

minhas intervenções focassem nas necessidades que os clientes tinham para realizar as suas AV's por isso desenvolvi com estes estratégias, como a facilitação cruzada⁵⁴, posicionamento em padrão anti-espástico⁵⁵, atividades terapêuticas⁵⁶ e programas de mobilizações (ativas, ativas assistidas, ativas resistidas e passivas) (Menoita, 2014).

Também destaco o aumento dos meus conhecimentos na área dos cuidados paliativos aquando integrados na ECCL, principalmente no controlo da sintomatologia de modo a proporcionar bem-estar ao cliente em fim de vida e sua família. Por vezes, a nossa visita resumia-se a disponibilizar suporte emocional à família, ajudando-a a gerir melhor os seus medos e receios, os quais, muitas das vezes, têm o seu cerne na possível dor que o seu familiar poderá sentir mas que não consegue verbalizar ou por episódios de descompensação respiratória (situações mais comuns durante a minha observação neste contexto) sendo que aprofundei as minhas competências na área da RFR (por exemplo, controlo de episódios de dispneia) e, na gestão da dor e/ou ansiedade com recurso de técnicas não farmacológicas, como a massagem e posição de relaxamento.

Neste contexto, o EEER faz toda a diferença, não só pelos seus conhecimentos teórico-práticos, mas também pela possibilidade de ser um pilar para o cliente e sua família que o 'conhecem', pois

a qualidade de vida é o desidrato da intervenção do enfermeiro de reabilitação neste estadio da vida da pessoa, pode não passar por reabilitar para a vida, mas habilitar para a morte, e quando se diz habilitar para a morte não é no sentido da sua antecipação, mas no sentido de tornar hábil para viver com qualidade este período, quer ele surja aos 100 anos ou aos 10. (Santos & Pêla, 2016, p.616)

A procura de novos conhecimentos deve ser uma prática constante e como determina CCEE (OEa, 2010), o EEER deve determinar e gerir “os processos de tomada de decisão e as intervenções em padrões de conhecimento (científico, ético, estético, pessoal e de contexto sociopolítico) válidos, atuais e pertinentes, assumindo-se como facilitador nos processos de aprendizagem e agente ativo no campo da

⁵⁴ O objetivo é trabalhar o lado afetado do cliente de modo sistemático, ajudando-o a reintegrá-lo no seu esquema mental (Menoita, 2014).

⁵⁵ Promove “conforto e bem-estar” , “integrar o esquema corporal”, “alternar o campo visual”, “a integridade cutânea e tecidos subjacentes” e previne “alterações musculoesqueléticas” (Menoita, 2014, p.79).

⁵⁶ “Baseiam-se no desenvolvimento motor adquirido pelos bebés: rolar, sentar, ficar na posição ortostática e marcha e exigem a repetição constante” (Menoita, 2014, p.100).

investigação” (p. 10). Por isso, outra das atividades desenvolvidas no âmbito deste OBE foi a minha inscrição nas “*Primeiras Jornadas dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação do Centro Hospitalar Lisboa Ocidental*”⁵⁷ que me permitiu ter conhecimento das temáticas que estão a ser desenvolvidas em variados contextos pelos EEER’s. Temáticas estas que têm contribuído não só para justificar a necessidade dos mesmos nas equipas multidisciplinares, mas também nos contextos, na medida em que demonstrarem avaliações positivas na vida dos clientes (Anexo IX). Foi importante demonstrarem ao longo das apresentações uma prática baseada na evidência que justificava a implementação de variados programas que estão a ser desenvolvidos. O conteúdo desta experiência encontra-se descrito no Apêndice VIII.

Além das Jornadas supracitadas estive presente, após o término do estágio, nas *II Jornadas de Cuidados Respiratórios em Enfermagem - Reabilitação Respiratória e Gestão Integrada de Doença Respiratória Crónica: Do Hospital para os Cuidados de Saúde Primários*⁵⁸ (Anexo X). Este encontro permitiu-me aprofundar os conhecimentos na área da RFR, na sua implementação na prática do EEER nos seus processos de reabilitação e, ter conhecimento da realidade atual desta temática em Portugal.

Face às atividades desenvolvidas nestes dois OBE pude dar resposta às CCEE, A1, A2, B1, B3, D1 e D2. Em relação às CEEER posso demarcar o alcance das competências J1, J2 e J3 (Apêndice II).

❖ OBE 6 - Desenvolver competências e intervenções de enfermagem de reabilitação no âmbito da gestão da Eliminação Urinária na Mulher com LVM

Como já foi descrito no início deste trabalho, o tema IU apareceu na pesquisa bibliográfica como principal entrave para a capacitação da AV em estudo, sendo que este OBE tornou-se parte integrante do meu projeto.

Na unidade especializada em clientes com LVM, com o Sr. N. este objetivo foi suplantado pela possibilidade de estar presente em todo o processo de reeducação vesical. Para iniciar o ensino foi entregue ao cliente folheto sobre autocateterismo vesical, folha com quantificação dos mililitros que leva cada recipiente e folha de

⁵⁷ Realizadas no dia 18 de novembro de 2016

⁵⁸ Realizadas 20 a 22 de abril de 2017

registro de balanço hídrico (que o cliente realiza o seu próprio registro após ensino). Para registrar as minhas intervenções bem como orientá-las utilizei a *Check-list*⁵⁹ existente no serviço (Anexo XI) constituída por nove fases do desenvolvimento do ensino permitindo assim uma continuidade de cuidados, gestão dos mesmos e a progressão da apreensão do ensino por parte do cliente. Henriques e Fumincelli (2016) relatam que esta técnica é a mais utilizada na comunidade pelos clientes com LVM e este ensino é “da competência do enfermeiro” que “deve capacitar a pessoa ou cuidadores para a prática do procedimento desde a gestão dos recursos materiais no domicílio até à concretização da técnica” (p.442).

Esta educação do cliente é essencial para diminuir a ocorrência de infeções urinárias, por isso, como EEER devemos enfatizar a necessidade de uma gestão da eliminação vesical correta e salubre. Segundo Seth et al (2014) o autocateterismo intermitente tem vindo a demonstrar que beneficia a qualidade de vida dos clientes por permitir redução de perdas involuntárias de urina, diminuição de infeções urinárias, e, aumentando a participação nas AV's.

A escolha da técnica a ser utilizada (neste caso, o autocateterismo intermitente) deverá ter em conta alguns fatores como a idade da pessoa, a sua capacidade motora, a sua preferência, motivação e encargos monetários. Acima de tudo, deve ser uma tomada de decisão partilhada, entre o cliente e o profissional de saúde, pois um cliente que esteja envolvido ativamente no seu processo de decisão, tem maior conhecimento das suas opções de tratamento, uma visão consciente dos benefícios e possíveis consequências, menor frustração e fará as suas escolhas consistentemente e de acordo com os seus valores (Engkasan, Ng & Low, 2014).

No centro de reabilitação aquando a conversa com Sr.^a R. abordei a gestão da eliminação urinária sendo que esta já se encontrava autónoma na técnica de autocateterismo intermitente. Portanto, com esta cliente tentei relacionar logo este ponto com a sexualidade sendo que mostrava receio de ter perda de urina durante o ato sexual. Por isso, indiquei-lhe que poderia adotar como estratégia realizar esta técnica antes do ato sexual e assim diminuir a sua ansiedade bem como a

⁵⁹ As 9 fases da Check list do Programa de ensino de auto-esvaziamento vesical: 1ªFase- Informação sobre a lesão; 2ªFase- Motivação; 3ªFase- Informação sobre a anatomia e fisiologia do aparelho genito-urinário; 4ªFase-Técnica de desinfeção das mãos; 5ªFase- Controlo hídrico; 6ªFase- Técnica de auto-esvaziamento; 7ªFase- Determinação do volume residual/esvaziamento; 8ªFase-Avaliação de situações excecionais; e, 9ªFase- Supervisão.

probabilidade de ocorrer perda de urina durante o mesmo. Uma estratégia que não lhe tinha sido ensinada a esta e que, embora diminuísse a espontaneidade do processo do ato sexual pela necessidade de realizar o procedimento, atrás citado, poderia prevenir potenciais desconfortos. Segundo Cramp et al (2014) a IU surge como uma grande barreira ao ato sexual na mulher sendo que envolve uma preparação prévia, como o autocateterismo, uma muda de roupa extra e/ou toalhetes. Ao dar esta orientação à Sr.^a R. para gerir a sua eliminação vesical permitiu não só diminuir um pouco o seu receio perante este assunto mas também capacitá-la nesta técnica permitindo uma maior expressão da sua sexualidade.

Ao nível dos cuidados na comunidade, os clientes com LVM, que contatei mantinham drenagem vesical, sendo que as minhas intervenções direcionaram-se para que os clientes e/ou cuidadores informais obtivessem informações sobre o manuseamento do material, identificação de possíveis alterações relevantes (coloração, débito urinário, perdas extra drenagem), a necessidade de ingesta hídrica para prevenção de infeções urinárias, entre outros.

Ao identificar barreiras arquitetónicas existentes no domicílio do cliente permitiu-me que, em conjunto com o cliente/família, mudar a disposição do espaço para que fosse mais fácil atingir a casa de banho, bem como, adquirir equipamento. Por isso, demonstrou-se importante, como EEER, realizar as seguintes atividades na comunidade de modo a promover a gestão da eliminação vesical: falar sobre o ajustamento do ambiente domiciliário para o cliente alcançar a casa de banho o mais autonomamente possível, retirando obstáculos do caminho, como tapetes, prevenindo quedas por exemplo; demonstrar ao cliente/família os cuidados a ter com a pele, prevenindo úlceras resultantes do contato com eventuais perdas de urina; ensino sobre os cuidados a ter com drenagem vesical; investir na RFM e RFR para o cliente conseguir mobilizar-se até à casa de banho o mais autonomamente gerindo o esforço exigido; e, ensino ao cliente/família sobre os materiais necessários para esta gestão, desde fraldas, resguardos, entre outros, tentando adaptar segundo a situação socioeconómica do cliente. Como refere Pestana (2016) “a reabilitação apoia-se na imensa capacidade de adaptação do cliente, preocupa-se e procura o bem-estar, a inclusão familiar e social e a independência da pessoa” (p.52).

Importante também de referir que abordei os clientes que apresentassem IU a necessidade de controlar a ingesta hídrica e sua eliminação permitindo diminuir momentos desconfortáveis, tais como, perdas de urina durante a noite em abundante quantidade que iriam promover momento desconfortáveis bem como influenciar negativamente o descanso do cliente e possivelmente do cuidador informal. Lukacz et al (2017) referem que com a gestão de fluídos através de um diário miccional, permite uma diminuição de perdas urinárias, através de ingesta de pequenas quantidades de líquidos.

É, necessário que o EEER antes de iniciar a reeducação vesical avalie a pessoa de modo a caracterizar a IU. Deve ter em conta o “início duração, frequência e fatores precipitantes” quais “os momentos da ocorrência, se diurna ou noturna, sensação de plenitude vesical antes ou depois de urinar, se consegue adiar a micção após a sentir vontade de urinar, esforço para urinar, disúria ou hematúria” e, como o cliente gere a IU (usando fraldas, pensos ou outros dispositivos) (Redol & Rocha, 2016, p.193).

Face às atividades desenvolvidas neste OBE pude dar resposta às CCEE A1, A2, B3, D1 e D2. E, em relação às CEEER posso demarcar o alcance das competências J1, J2 e J3 (Apêndice II).

3. AVALIAÇÃO DA APRENDIZAGEM E CONTIBUTOS PARA A PRÁTICA PROFISSIONAL

Importante agora realizar uma avaliação da aprendizagem de todo este processo formativo já que este passo faz parte de qualquer processo de planeamento. Como refere OE (2005) este investimento profissional permite a aquisição de competências sendo “que as formas de operacionalizar e promover o desenvolvimento pessoal e profissional, passam pela autoformação, pela formação contínua e pelo processo de avaliação do desempenho” (OE, 2005, p.68).

Pretende-se então de seguida demonstrar, de um modo esquemático, a minha avaliação desta aprendizagem. Vou basear este ato através da matriz SWOT⁶⁰, termo em inglês que significa “Forças” (*Strengths*), “Fraquezas” (*Weaknesses*), “Oportunidades” (*Opportunities*) e “Ameaças” (*Threats*). Através deste molde “os objetivos e metas serão definidos com maior precisão e eficácia de modo a adequar e orientar o desempenho para que se atinjam, a um nível mais elevado, os resultados de aprendizagem/objetivos definidos para o ensino clínico/ estágio” (Pereira & Rito, 2015, p.272).



Esquema 1 – Análise Swot

⁶⁰ Concebido por Kenneth Andrews e Roland Christensen (dois professores na Universidade de Harvard) como um modelo avaliativo da posição no mercado de trabalho de uma empresa e assim identificando possíveis estratégias para aumentar a sua competitividade (Pereira & Rito, 2015).

Após esta avaliação esquematizada da aprendizagem assume-se a necessidade de responder a outra pergunta: *que contributos este percurso teve para a minha prática profissional?*

Todo este percurso académico iniciou-se pela intensa vontade de colmatar uma curiosidade em relação à temática e à população-alvo, permitindo assim adquirir CCEE e CEEEER. Com a pesquisa bibliográfica e com a procura na melhor evidência disponível despoletou ainda mais o meu interesse bem como aumentou a minha motivação.

Tentei assim dar maior visibilidade a temática da sexualidade demonstrando como é uma dimensão importante para a pessoa e que deve ser incluída no plano de cuidados dos clientes, não devendo ser excluída do mesmo. E, através do modelo teórico utilizado neste trabalho (Modelo de Nancy Roper) é possível perceber a interdependência que todas as AV's têm entre si, por isso, ao ignorar a esfera da sexualidade é possível que outras AV's não sejam suplantadas por esta estar em défice. Por isso, ao caminhar nesta temática pouco desenvolvida na disciplina de enfermagem permitiu-me demonstrar a sua importância como também abrir novos horizontes no alcance de novas estratégias para providenciar os melhores cuidados especializados em enfermagem de reabilitação.

Foi também importante demarcar a necessidade de compreender como a pessoa com LVM definia a sua expressão da sexualidade antes do incidente (se fosse uma lesão adquirida) pois aqui o EEER demonstra um papel fulcral para ajudar a pessoa a reajustar esta dimensão. Conceição e Silva (2013) referem que o primeiro objetivo da reabilitação sexual na pessoa é o reajustamento do conceito da sexualidade através de mudanças comportamentais sendo que “a eliminação da ansiedade no desempenho, a responsabilização mútua, o aumento da comunicação e da eficácia do casal, os preliminares como beijos, carícias e abraços, muitas vezes considerados acessórios, passam a principais em detrimento do ato sexual” (p.23). Aqui o Modelo PLISSIT abordado ao longo deste relatório demonstra-se como um meio para conseguir alcançar este objetivo, organizando e sistematizando a intervenção especializada e individualizada à pessoa.

Sinto que todo este percurso fez-me renascer enquanto profissional, não só por adquirir novos conhecimentos técnico-científicos, mas por me fazer descobrir os próximos passos que pretendo alcançar enquanto EEER, investindo na prestação de cuidados a esta população – LVM.

Espero também que esta visibilidade da temática faça nascer novos projetos sendo que enalteço que deveria haver mais investigação na área da sexualidade em Portugal como também em relação a LVM. Outros temas também necessitam de mais investigação, segundo a minha opinião, como a dualidade do parceiro(a) *versus* cuidador(a) informal, os cuidados especializados em reabilitação em contexto comunitário e a sua necessidade, definição do conceito de sexualidade entre clientes com LVM adquirida *versus* clientes com LVM congénita e, por fim, demonstrar mais evidência na utilização do Modelo PLISSIT pelo EEER.

Para um futuro próximo ambiciono ter a possibilidade de integrar uma equipa de reabilitação para conseguir implementar projetos que agora começam a nascer na minha mente e, que espero que continuem a impulsionar o meu percurso académico.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O intuito deste relatório foi dar resposta a uma temática que nasceu de uma curiosidade e de uma motivação intrínseca de querer aprender mais. A resposta a esta temática permitiu-me desenvolver competências comuns e específicas ao EEER para o alcance deste grau de especialização. Para isso, como já foi demonstrado, estive integrada em três contextos clínicos díspares onde desenvolvi atividades para o alcance destas mesmas competências e que me permitiu crescer como profissional, pois “a teoria oferece o que pode ser explicitado e formalizado, mas a prática é sempre mais complexa e apresenta muito mais realidades do que as que se podem apreender pela teoria” (Benner, 2001, p.61).

A sexualidade é uma parte essencial na vida da pessoa, uma necessidade humana básica, não devendo ser descurada pelos profissionais de saúde aquando os clientes portadores de LVM já que “as preocupações sexuais são complexas e a abordagem quer médica quer comportamental isoladamente será insuficiente para avaliar e/ou tratar os problemas sexuais individuais, pelo que importa sublinhar o contributo da enfermagem de reabilitação para uma intervenção holística e multidisciplinar promotora de bem-estar e qualidade de vida para a pessoa portadora de LVM” (Queirós, 2015, p.40).

O EEER demonstra a sua importância na promoção da expressão da sexualidade nos clientes com LVM capacitando-os nas restantes AV's pois estas interligam-se e balanceiam-se, como explicita a Teoria de Nancy Roper. Revelou-se a importância de haver um guia orientador para abordagem da temática supracitada, neste caso, o Modelo PLISSIT, e como este pode ser determinante para que o EEER realize planos de intervenção especializados e individualizados para cada cliente pois “este modelo compreende um esquema de atividades flexíveis, permitindo a cada profissional organizar as suas intervenções de acordo com o seu próprio conforto” (Queirós, 2015, p.40). Além disto, a reeducação vesical mostrou-se como uma ponte e estratégia para a introdução da temática da sexualidade e, por isso, como uma área a continuar a ser desenvolvida pelo EEER.

A integração nos contextos clínicos foi fundamental para aquisição de competências. O estágio hospitalar demonstrou-se importante para adquirir conhecimentos específicos ao cliente com LVM servindo de base para elaboração de planos de intervenção especializados em enfermagem de reabilitação. O estágio de

observação no centro de reabilitação foi sem dúvida o que deu mais respostas a nível da temática em estudo principalmente em relação à subjetividade que o conceito de sexualidade acarreta. E, no seio da comunidade proporcionou-me a aquisição de uma visão real da problemática domiciliar que os clientes enfrentam todos os dias, principalmente, acessibilidade, dificuldades socioeconómicas, os recursos existentes (e não existentes!), entre outros.

Por isso, concluo que os objetivos delineados para este percurso foram alcançados permitindo-me alcançar um conjunto de competências que se demonstraram determinantes para a construção da minha nova identidade profissional, como futura EEER, através de todas as atividades desenvolvidas nos três contextos díspares.

O término desta etapa acarreta sentimentos ambíguos. Além da alegria e satisfação de ter alcançado um objetivo pessoal, fica também presente as lacunas existentes no campo de investigação em enfermagem e o quanto ainda é necessário ser feito para colmatar as necessidades que os clientes demonstram. Por isso, enalteço que este caminho que iniciei não termina com execução deste relatório, mas demonstrou-se apenas uma paragem no mesmo, sendo que agora irei continuar a caminhá-lo com o intuito de crescer cada vez mais como EEER.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AMERICAN SPINAL INJURY ASSOCIATION (2006) .*Standard neurological classifications of spinal cord injury*. Atlanta: ASIA. Acedido a 20-09-2017. Disponível na: http://asia-spinalinjury.org/wp-content/uploads/2016/02/International_Stdts_Diagram_Worksheet.pdf.
- Amorim,L. (2017). *A mulher com cancro do colo do útero: diagnóstico de necessidades de reabilitação sexual*. Tese de Mestrado. Disponível no RCAAP: http://repositorio.ipvc.pt/bitstream/20.500.11960/1933/1/Liliana_Cruz_Amorim.pdf.
- Amjadi, M.A., Simbar, M., Hosseini, S. A. & Zayeri, F. (2017). The sexual health needs of women with spinal cord injury: a qualitative study. *Sex&Disability*, 35 (3), 313-330. **DOI:** 10.1007/s11195-017-9495-7.
- Amsters, D., Duncan, J., Field, V., Smales, A., Zillmann,L., Kendall, M. & Kuipers, P. (2017). Determinants of participating in life after spinal cord injury – advice for health professionals arising from an examination of shared narratives. *Disability and Rehabilitation*, 23. **DOI:** 10.1080/09638288.2017.1367425.
- Anderson, K.D., Borisoff, J.F., Johson, R.D., Stiens, S.A. & Elliot, S.L. (2007). The impact of spinal cord injury on sexual function: concerns of the general population. *Spinal Cord*, 45 (5), 328-337.
- Angel, S. (2015). Spinal-cord-injured individual's experiences of having a partner: a phenomenological-hermeneutic study. *Journal of neuroscience nursing*, 47 (3), 2-8. **DOI:** 10.1097/JNN.0000000000000135.
- Azevedo, A. (2005). *Incontinência urinária: impacto no feminino*. Coimbra: Formasau.
- Basson, R. (2000). The female sexual response: a different model. *Journal of Sex&Marital Therapy*, 26 (1), 51-65. **DOI:** 10.1080/009262300278641.
- Beckwith, A. & Yau, M. (2013). Sexual recovery: experiences of women with spinal injury reconstructing a positive sexual identity. *Sexuality & Disability*, 31 (4), 313-324. **DOI:** 10.1007/s11195-013-9315-7.
- Bee, H. (1994). *O ciclo vital*. Brasil: Porto Alegre.
- Benner, P. (2001). *De iniciado a perito: excelência e poder na prática clínica de enfermagem*. Coimbra: Quarteto Editora.

- Beyea, S.C. & Slattery, M.J (2013). Historical perspectives on evidence-based nursing. *Nursing Science Quarterly*, 26 (2), 152 – 155. **DOI:** 10.1177/0894318413477140.
- Boylan, L. & Buchanan, L. (2011). Reabilitação de base comunitária. In Hoeman, S. (Coords), *Enfermagem de reabilitação: prevenção, intervenção e resultados esperados* (pp.187-200). Loures: Lusodidacta.
- Branco, P. (2016). Equipa de reabilitação. In Marques – Vieira, C. & Sousa, L. (Coords), *Cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa ao longa da vida* (pp. 25-34). Loures: Lusodidacta.
- Briga, S. (2010). *A comunicação terapêutica enfermeiro/doente: perspectivas de doentes oncológicos entubados endotraquealmente*. Tese de Mestrado. Disponível no RCAAP: <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/26914/2/Dissertao%20Mestrado%20Snia%20Briga.pdf>.
- Campos, I., Margalho, P., Lopes, A., Branco, C., Faria, F., Caldas, J.,..., Lains, J. (2017). People with spinal cord Injury in Portugal. *American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation*, 96 (2), 106-108. **DOI:** 10.1097/PHM.0000000000000616.
- Cardoso, J. (2003). *Sexualidade masculina pós-lesão vertebro-medular*. Tese de Doutoramento. Disponível no RCAAP: <http://repositorio.ispa.pt/handle/10400.12/1621>.
- Cardoso, J. (2006). *Sexualidade e deficiência*. Coimbra: Editora Quarteto.
- Cardoso, A.F., Felizardo, H.M. & Januário, J.C. (2012). O enfermeiro como gestor do processo de preparação do regresso a casa. In Paulo Pina Queirós (Coords), *Enfermagem de nightingale aos dias de hoje – 100 anos* (pp.75-88). Coimbra: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. Acedido 21-12-2017. Disponível em: https://www.researchgate.net/profile/Antonio_Amaral5/publication/289539946_O_Valo_Da_Enfermagem/links/5690188608aec14fa557d15d.pdf#page=77.
- Chaves, C.S., Chaves, E.S. & Turra, K. (2014). Cuidados com a pele e prevenção de úlceras de pressão. In Vall, J. (Coords), *Lesão medular: reabilitação e qualidade de Vida* (pp. 167-173). São Paulo: Editora Atheneu.
- Conceição e Silva, F. (2013). *A intervenção do enfermeiro de reabilitação à pessoa/família com lesão vertebro medular na promoção da mobilidade no domicílio*. Tese de Mestrado. Disponível no RCAAP:

http://repositorio.ipsantarem.pt/bitstream/10400.15/1220/1/Interven%C3%A7%C3%A3o%20a%20pessoa_%20familia%20com%20les%C3%A3o.

- Conti, A., Garrino, L., Montanari, P. & Dimonte, V. (2016). Informal caregiver's needs on discharge from the spinal cord unit: analysis of perceptions and lived experiences. *Disability and Rehabilitation*, 38 (2). 159-167. **DOI:** 10.3109/09638288.2015.1031287.
- Cordeiro, M. & Menoita, E. (2014). Reeducação funcional respiratória. In Cordeiro, M. & Menoita, E. (Coords), *Manual de boas práticas na reabilitação respiratória: conceitos, princípios e técnicas* (pp. 59-116). Loures: Lusociência.
- Couto, G. (2012). *Autonomia/Independência no autocuidado: sensibilidade aos cuidados de enfermagem de reabilitação*. Tese de Mestrado. Disponível no RCAAP:https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/9323/1/MER%20_GI%C3%B3ria%201621_.pdf.
- Cramp, J., Courtois, F., Connolly, M., Cosby, J. & Ditor, D. (2014). The impact of urinary incontinence on sexual function and sexual satisfaction in women with spinal cord injury. *Sex Disability*, 32 (3), 397 – 412. **DOI:** 10.1007/s11195-014-9354-8.
- Cramp, J., Courtois, F. & Ditor, D. (2015). Sexuality for women with spinal cord injury. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 41 (3), 238-253. **DOI:** 10.1080/0092623X.2013.869777.
- Diniz, L., Oliveira, B. & Grokorriski, C.R. (2017). Uma breve reflexão sobre a história da sexualidade feminina In *XV Jornada Científica dos Campos Gerais*, 25-27 Out. 2017. Ponta Grossa.
- Direção Geral da Saúde (2004). *Classificação internacional de incapacidade, funcionalidade e saúde*. Lisboa: Direção Geral da Saúde.
- Direção Geral da Saúde (2011). *Escala de Braden: versão adulta e pediátrica (braden Q)*. Lisboa: Direção Geral da Saúde.
- Duchenne, P. (2011). Educação e aconselhamento sexual. In Hoeman, S. (Coords), *Enfermagem de reabilitação: prevenção, intervenção e resultados esperados*. (pp.591-618). Loures: Lusodidacta.
- Engkasan, J.P., Ng, C.J. & Low, W.Y. (2014). Factors influencing bladder management in male patients with spinal cord injury: a qualitative study. *Spinal Cord*, 52 (2).157-162. **DOI:** 10.1038/sc.2013.145.

- Etienne, M. & Waitman, M. (2006). Sexualidade: conceitos e história. In Etienne, M., Waitman, M. (Coords) *Disfunções sexuais femininas: a fisioterapia como recurso terapêutico* (pp. 19-24). São Paulo: Livraria Médica Paulista Editora.
- Faria, F. (2006). Lesões vértebro-medulares- a perspetiva da reabilitação. *Revista Portuguesa de Pneumologia*, 12 (1). 45-53. **DOI:** 10.1016/S0873-2159(15)30467-0.
- Fehlings, M., Tetreault, L., Aarabi, B., Anderson, P., Arnold, P., Brodke, D.,..., Burns, A. (2017). A clinical practice guideline for the management of patients with acute spinal cord injury: recommendations on the type and timing of rehabilitation. *Global Spine Journal*, 7 (3), 231-238. **DOI:** 10.1177/2192568217701910.
- Filho, R. & Costa, V. (2014). Cadeira de rodas: indicações, modelos e tipos, prescrições, adaptações e aspetos psicossociais. In Vall, J. (Coords), *Lesão medular: reabilitação e qualidade de vida* (pp. 167-173). São Paulo: Editora Atheneu.
- Garret, A., Martins, F. & Teixeira, Z. (2009). A atividade sexual após lesão medular: meios terapêuticos. *Revista Acta Médica Portuguesa*, 22. 821-826.
- Garret, A. & Teixeira, Z. (2006). A utilização do modelo PLISSIT na abordagem da sexualidade do lesionado vértebro-medular por trauma. *Revista da FCHS-UFP*, 3, 237-244.
- Glenn-Molali, N. (2011). Alimentação e deglutição. In Hoeman, S. (Coords), *Enfermagem de reabilitação: prevenção, intervenção e resultados esperados* (pp.295-318). Loures: Lusodidacta.
- Groen, J., Pannek, J., Diaz, D., Popolo, G., Gross, T., Hamid, R., ..., Blok, B. (2016). Summary of european association of urology (EAU) guidelines on neuro-urology. *European Urology*, 69 (2), 324-333. **DOI:** 10.1016/j.eururo.2015.07.071.
- Henriques, F. & Fumincelli, L. (2016). A pessoa com lesão medular. In Marques – Vieira, C. & Sousa, L. (Coords), *Cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa ao longo da vida* (pp.433-450). Loures: Lusodidacta.
- Hoeman, S. (2011). Historia, controvérsias e tendências. In Hoeman, S. (Coords), *Enfermagem de reabilitação: prevenção, intervenção e resultados esperados* (pp.1-14). Loures: Lusodidacta.

INTERNATIONAL CAMPAING FOR CURES OF SPINAL CORD INJURY PARALYSIS

(2005). Acedido a 15-07-2017 em:
<http://www.campaignforcure.org/index.php/general-information>.

Josefino, V. (2014). Doença neurológica e sexualidade – visão da enfermagem. In Barros, F. & Figueiredo, R. (Coords), *Manual de medicina sexual: visão multidisciplinar* (pp. 355-359). Lisboa: Sociedade Portuguesa de Sexologia Clínica e Sociedade Portuguesa de Andrologia.

Julia, P.E. & Othman, A.S. (2011). Barriers to sexual ativity: counselling spinal cord injured women in Malaysia. *Spinal Cord*, 49 (7), 791-794. **DOI:** 10.1038/sc.2011.4.

Kirshblum, S., Burns, S., Biering-Sorensen, F., Donovan, W., Graves, D., Jha, A., ..., Waring, W. (2011). International standards for neurological classification of spinal cord injury (Revised 2011). *The Journal of Spinal Cord Medicine*, 34(6), 535-546. **DOI:** 10.1179/204577211X13207446293695.

Lei n.º 9/89 de 2 de Maio (1989). Lei de Bases da Prevenção e da Reabilitação e Integração das Pessoas com Deficiência que visa promover e garantir o exercício dos direitos que a Constituição da República Portuguesa consagra nos domínios da prevenção da deficiência, do tratamento, da reabilitação e da equiparação de oportunidades da pessoa com deficiência. Diário da República, I Série, Nº100 (02-05-1989).1796-1799.

Lei nº 38/2004 de 18 de Agosto (2004). Define as bases gerais do regime jurídico da prevenção, habilitação, reabilitação e participação da pessoa com deficiência. Diário da República, I Série, Nº194 (18-08-2004). 5232-5236.

Lima, A. (2014). *A reabilitação e dependência funcional no doente sujeito a imobilidade*. Tese de Mestrado. Disponível no RCAAP: http://repositorio.ipvc.pt/bitstream/20.500.11960/1236/1/Andreia_Lima.pdf.

Loureiro, A.P.,Lucksch, D., Silva, G. & Reis, J.P. (2014). Fisioterapia apos a lesão medular. In Vall, J. (Coords), *Lesão medular: reabilitação e qualidade de vida* (pp. 37-50). São Paulo: Editora Atheneu.

Lourenço, C., Pinto, A., Pereira, C., Fonseca, C., Nunes, I., Almeida, M., ..., Gândara, M. (2011). Confiança versus desconfiança na relação de cuidar: confiança enfermeiro-cliente, um conceito em construção no CHLN-HPV. *Pensar Enfermagem*, 15 (2).3-13.

- Lourenço, E. (2014). Disfunções sexuais femininas: visão da enfermagem. In Barros, F. & Figueiredo, R. (Coords), *Manual de medicina sexual: visão multidisciplinar* (p. 251-252). Lisboa: Sociedade Portuguesa de Sexologia Clínica e Sociedade Portuguesa de Andrologia.
- Lukacz, E., Santiago-Lastra, Y., Albo, M. & Brubaker, L. (2017). Urinary incontinence: a review. *Clinical review & education*, 318 (16), 1592-1604. **DOI:** 10.1001/jama.2017.12137.
- Lutz, B. & Davis, S. (2011). Modelos teóricos e práticas para a enfermagem de reabilitação. In Hoeman, S. (Coords), *Enfermagem de reabilitação: prevenção, intervenção e resultados esperados* (pp.15-30). Loures: Lusodidacta.
- Martins, F., Freitas, F., Martins, L., Dartigues, J. & Barat, M. (1998). Spinal cord injuries: Epidemiology in Portugal's central region. *Spinal Cord: International Medical Society of Paraplegia*, 36 (8), 574-578.
- Masters, W. & Johnson, V. (1972). *As reações sexuais*. (Delgado, A. Ribeiro, M. Trad.) Lisboa: Editora Meridiano. (tradução do original em inglês *Human sexual response*, 1970).
- Meirinha, A. & Barros, F. (2014). Fisiologia sexual feminina. In Barros, F. & Figueiredo, R. (Coords), *Manual de medicina sexual: visão multidisciplinar* (pp.233-235). Lisboa: Sociedade Portuguesa de Sexologia Clínica e Sociedade Portuguesa de Andrologia.
- Melin, J., Persson, L., Taft, C. & Kreuter, M. (2018). Patient participation from the perspective of staff members working in spinal cord injury rehabilitation. *Spinal Cord*. **DOI:** 10.1038/s41393-018-0061-7.
- Menoita, E. (2014). *Reabilitar a pessoa idosa com AVC: contributos para um envelhecer resiliente*. Loures: Lusociência.
- Merghati-Khoei, E., Emami-Razavi, S.H., Bakhtiyari, M., Iamyian, M., Hajmirzaei, S., Haghighi, S., Korte, J. & Maasoumi, R. (2016). Spinal cord injury and women's sexual life: case-control study. *Spinal Cord*, 55(3), 269-273. **DOI:** 10.1038/sc.2016.106.
- Ministério da Saúde (2011). *Norma 054/2011: Acidente vascular cerebral: prescrição de medicina física e de reabilitação*. Lisboa: Direcção-Geral de Saúde.
- Morgan, S. & Yoder, L. (2012). A concept analysis of person-centered care. *Journal of Holistic Care*, 30 (1), 6-15. **DOI:** 10.1177/0898010111412189.

- New, PW, Seddon, M., Redpath, C., Currie, K. & Warren, N. (2016). Recommendations for spinal rehabilitation professionals regarding sexual education needs and preferences of people with spinal cord dysfunction: a mixed-methods study. *Spinal Cord*, 54 (12), 1203-1209. **DOI:** 10.1038/sc.2016.62.
- Ordem dos Enfermeiros (2005). *Código deontológico do enfermeiro: dos comentários à análise dos casos*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Acedido a 15-01-2018 em: http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/CodigoDeontologicoEnfermeiro_edicao2005.pdf.
- Ordem dos Enfermeiros (2009). *Guia de boa prática de cuidados de enfermagem à pessoa com traumatismo vértebro-medular*. Caderno OE. Série I. Número 2. Acedido a 19-09-2017 em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/documents/cadernosoequiavertebro.pdf>.
- Ordem dos Enfermeiros (OEa) (2010). *Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Acedido a 14-09-2017 em: http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_competencias_comuns_enfermeiro.pdf.
- Ordem dos Enfermeiros (OEb) (2010). *Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em reabilitação*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Acedido a 2-09-2017 em: http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasReabilitacao_aprovadoAG20Nov2010.pdf.
- Ordem dos Enfermeiros (2011). *Padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de reabilitação*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Acedido a 9-12-2017 em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/documents/pqceereabilitacao.pdf>.
- Ordem dos Enfermeiros (2012). *Regulamento do perfil de competências do enfermeiro de cuidados gerais*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Acedido a 19-10-2017 em: http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/divulgar%20-%20regulamento%20do%20perfil_VF.pdf.
- Ordem dos Enfermeiros (2015). *Estatuto da ordem dos enfermeiros e REPE*. Lisboa: OE. Acedido a 21-12-2017 em:

http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/nEstatuto_REPE_29102015_VF_site.pdf.

Organização Mundial de Saúde (2002). *Defining sexual health – report of a technical consultation on sexual health, 28-31 January 2002, Geneva*. World Health Organization. Geneva, 2002.

Organização Mundial de Saúde (2013). *Internacional perspectives on spinal cord injury*. Malta: The Internacional Spina Cord Society (ISCOS). Acedido a 14-08-2017 em: <https://books.google.pt/books?id=LMXDAAAQBAJ&pg=PA40&dq=International+perspectives+on+spinal+cord+injury+ISCOS+pdf&hl=ptPT&sa=X&ved=0ahUKEwioJnE84faAhXGyRQKHcjAhsQ6AEIJzAA#v=onepage&q=International%20perspectives%20on%20spinal%20cord%20injury%20ISCOS%20pdf&f=false>

Othman, A. & Engkasan, J. (2011). Sexual dysfunction following spinal cord injury: the experiences of malaysian women. *Sex Disability*, 29 (4), 329-337. **DOI:**10.1007/s11195-011-9207-7.

Palmas, A. (2014). Diagnóstico da disfunção erétil. In Barros, F. & Figueiredo, R. (Coords), *Manual de medicina sexual: visão multidisciplinar* (pp. 77-79). Lisboa: Sociedade Portuguesa de Sexologia Clínica e Sociedade Portuguesa de Andrologia.

Parker, M.G. & Yau, M.K. (2012). Sexuality, identity and women with spinal cord injury. *Sex Disability*, 30 (1), 15-27. **DOI:**10.1007/s11195-011-9222-8.

Pereira, R. & Rito, M. (2015). A análise swot como estratégia de (auto) avaliação: uma partilha de experiências em contextos de prática clínica supervisionada. In. França et al (Coords), *II Congresso de supervisão clínica: livro de comunicações & conferências* (pp. 270-275). Porto: Escola Superior de Enfermagem do Porto. Acedido a 21-01-2018 em: http://www.esenf.pt/fotos/editor2/i_d/publicacoes/978-989-98443-6-0.pdf.

Perrier, M.J., Stork, M.J., Ginis K.A. & The SHAPE-SCI Research Group (2016). Type, intensity and duration of daily physical activities performed by adults with spinal cord injury. *Spinal Cord*, 55 (1), 64-70. **DOI:** 10.1038/sc.2016.86.

Pestana, H. (2016). Cuidados de enfermagem de reabilitação: enquadramento. In Marques – Vieira, C. & Sousa, L. (Coords), *Cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa ao longo da vida* (pp.47-56). Loures: Lusodidacta.

- Pinheiro, P.M. (2014). Como identificar uma lesão medular: anamnese e exame físico. In Vall, J. (Coords), *Lesão medular: reabilitação e qualidade de vida* (pp. 1-12). São Paulo: Editora Atheneu.
- Pires, F. (2013) - *Gestão da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados ao idoso em contexto domiciliário: adesão ao regime terapêutico*. Tese de Mestrado. Disponível no RCAAP: <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/8452/1/ESSTFC557.pdf>.
- Queirós, E. (2015). *Sexualidade e reabilitação: vivências de lesionados medulares*. Tese de Mestrado. Disponível no RCAAP: <http://repositorio.ipv.pt/handle/20.500.11960/1419>.
- Ramos, M. L. (2005). *Sexualidade na diversidade – atitudes de pais e técnicos face à afectividade e sexualidade da jovem com deficiência mental*. Coimbra: Secretariado Nacional para a Reabilitação e Integração para as Pessoas com Deficiência.
- Redol, F. & Rocha, C. (2016). Avaliação da função de eliminação. In Marques – Vieira, C. & Sousa, L. (Coords), *Cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa ao longo da vida* (pp.189-202). Loures: Lusodidacta.
- Ribeiro, L., Silva, P., Góis, S., Grilo, E. & Reis, G. (2017). Enfermagem de reabilitação e a acessibilidade da pessoa com incapacidade. *Revista Ibero-Americana de Saúde e Envelhecimento*, 3 (1), 823-834. DOI: 10.24902/r.riase.2017.3%281%29.823.
- Rattanasuk, D., Nantachaipan, P., Sucamvang, K. & Moongtui, W. (2013). A causal model of well-being among caregivers of people with spinal cord injury. *Pacific Rim International Journal of Nursing Research*, 17 (4), 342-355. Disponível em: <https://www.tci-thaijo.org/index.php/PRIJNR/article/view/8713>.
- Regulamento nº125/2011 (2011). Regulamento das competências específicas do enfermeiros especialista em enfermagem de reabilitação. Define o perfil das competências específicas do EEER. Diário da República, 2.ª série — N.º 35 (18 de Fevereiro de 2011). 8658 – 8659.
- Riberto, M. (2014). Escalas de avaliação funcional. In Vall, J. (Coords). *Lesão Medular: Reabilitação e Qualidade de Vida* (pp. 25-36). São Paulo: Editora Atheneu.

- Robinson, J., Forrest, A., Pope-Ellis, C. & Hargreaves, A. (2011). A pilot study on sexuality in rehabilitation of the spinal cord injured: exploring the woman's perspective. *South African Journal of Occupational Therapy*, 41(2),13-17,
- Rodrigues, E., Oliveira, L. & Almeida, Z. (2008). Autocontrolo da incontinência urinária em pessoas com traumatismo vertebro-medular. *Revista Nursing*, 240 (20), 16-24.
- Roper, N., Logan, W. & Tierney, A. (2001). *O modelo de enfermagem Roper – Logan – Tierney*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Santos, A.S. & Pêla, J. (2016). Reabilitação da pessoa em cuidados paliativos e fim de vida. In Marques – Vieira,C.& Sousa, L. (Coords), *Cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa ao longo da vida* (pp. 605-618). Loures:Lusodidacta.
- Santos, L. (2016). O processo de reabilitação. In Marques – Vieira,C. & Sousa, L. (Coords), *Cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa ao longo da vida* (pp.15-23). Loures: Lusodidacta.
- Santos, B.M. & Silva, A.M. (2017). Representação social do gênero masculino e suas implicações na sexualidade de pacientes com paraplegia. *Dossiê / Dossier*, 7 (12), 97-107.
- Santos, J. (2017). *Ganhos em saúde no serviço de medicina física e reabilitação - contributo do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação*. Tese de Mestrado. Disponível no RCAAP: <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/18657>.
- Seth, J., Haslam, C. & Panicker, J. (2014). Ensuring patient adherence to clean intermittent self-catheterization. *Patient Preference and Adherence*, 8, 191-198. **DOI:** 10.2147/PPA.S49060.
- Scharfetter, C. (2005). *Introdução à psicopatologia geral*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Scheel-Sailer, A., Post, M.W., Michel, F., Weidmann-Hugle, T. & Holzle, R. (2017). Patient's views on their decision making during inpatient rehabilitation after newly acquired spinal cord injury – A qualitative interview-based study. *Health Expectations*, 20 (5), 1133-1142. **DOI:** 10.1111/hex.12559.
- Singh, A.,Tetreault, L., Kalsi-Ryan, S., Nouri, A. & Fehlings, M. (2014). Global prevalence and incidence of traumatic spinal cord injury. *Clinical Epidemiology*, 6, 309-331. **DOI:** 10.2147/CLEP.S68889.

- Seddon, M., Warren, N. & New, P. (2017). I don't get a climax anymore at all: pleasure and non-traumatic spinal cord damage. *Sexualities*. 0 (0), 1-16. **DOI:** 10.1177/1363450716688681.
- Sposito, M. & Riberto, M. (2014). Espasticidade: vantagens, desvantagens e manejo. In Vall, J. (Coords), *Lesão medular: reabilitação e qualidade de vida* (pp. 25-36). São Paulo: Editora Atheneu.
- Sousa, L.M., Ferreira, M.A. & Couteiro, M. J. (2006). Necessidades de informação/aconselhamento nas pessoas com lesão vértebro-medular. *Revista Portuguesa de Enfermagem*, 7, 36-39.
- Silva, G., Schoeller, S., Gelbcke F., Carvalho, Z. & Silva, E. (2012). Avaliação funcional de pessoas com lesão medular: utilização da escala de independência funcional – MIF. *Texto & Contexto Enfermagem*, 21(4), 929-36. **DOI:** 10.1590/S0104-07072012000400025.
- Stevens, A. (2008). Eliminação e continência urinária. In Hoeman, S. (Coords), *Enfermagem de reabilitação: prevenção, intervenção e resultados esperados* (pp.351-385). Loures: Lusodidacta.
- Stuart, G.& Laraia, M. (2001). *Enfermagem psiquiátrica: princípios e prática*. Porto Alegre: Artmed Editora.
- Tibbett, J., Widerström-Noga, E., Thomas, C. & Field-Fote, E. (2018). Impact of spasticity on transfers and activities of daily living in individuals with spinal cord injury. *The Journal of Spinal Cord Medicine*, 15, 1-14. **DOI:** 10.1080/10790268.2017.1400727.
- Tomey, A.N. (2004). Os elementos da enfermagem: um modelo de enfermagem baseado num modelo de vida. In Tomey, A. N. & Alligood, M. (Coords), *Teóricas de enfermagem e a sua obra* (pp. 406-420). Loures:Lusociência.
- Townsend, M. (2011). *Enfermagem em saúde mental e psiquiátrica: conceitos de cuidado na prática baseada na evidência*. Loures: Lusociência.
- Thuroff, J., Abrams, P., Andersson, K., Artibani W.; Chapple, C.; Drake, M. ... Tubaro, A. (2011). European Association of Urology Guidelines on Urinary Incontinence. *European Urology*, 59 (13), 387-400. **DOI:** 10.1016/j.eururo.2010.11.021.
- Thietje, R. & Hirschfeld, S. (2017). Epidemiology of Spinal Cord Injury. *Neurological aspects of spinal cord injury*. **DOI:** 10.1007/978-3-319-46293-6_1.

Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados (2009). *Guia da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI)*. Lisboa: Ministério da Saúde e Segurança Social. Acedido a 15-09-2017 em : <http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/Guia%20da%20RNCCI.pdf>.

Varanda, E. & Rodrigues, C. (2016). A avaliação da pessoa com alterações da função cognitiva: avaliar para reeducar e readaptar. In Marques – Vieira, C. & Sousa, L. (Coords), *Cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa ao longo da vida* (pp. 145-158). Loures: Lusodidacta.

APÊNDICES

Principais diagnósticos possíveis na Pessoa com LVM

(Henriques & Fumincelli, 2016)

- Hipotensão Ortostática ou risco de Hipotensão Ortostática
- Disreflexia autonóma
- Défice no autocontrolo intestinal/Obstipação
- Défice no autocontrolo urinário/ Retenção urinária
- Défice no autocuidado / Défice na execução das Atividades de Vida Diária (AVD's)
- Espasticidade
- Contraturas musculares ou risco de contraturas musculares
- Défice de conhecimento sobre a doença
- Diminuição auto-estima, autoconceito e auto-imagem

Principais Objetivos a alcançar no programa de reabilitação

(Loureiro et al, 2014)

- Aumentar a força muscular
- Aumentar resistência ao esforço físico
- Manter e/ou aumentar amplitude articular
- Reduzir espasticidade
- Promover controlo postural
- Aumentar autonomia
- Estimulação sensorial
- Promover equilíbrio corporal
- Reajustar imagem corporal
- Explorar as potencialidades de cada pessoa
- Prevenir deformidades e complicações secundárias

Principais Intervenções do EEER a implementar

(OE, 2009)

- Treino de AVD's
- Atitudes terapêuticas (plano inclinado, exercícios de equilíbrio, exercícios na cadeira de rodas, levante, transferência com/sem tábua, standing-frame)
- Comunicação (reajustamento à nova condição, técnicas e competências relacionais)
- Reeducação função respiratória (posições de relaxamento, respiração diafragmática/lábios franzidos/segmentar, incentivadores respiratórios, limpeza das vias aéreas, drenagem postural)
- Ensino sobre sinais e sintomas disreflexia autónoma
- Posicionamentos e alternância de posicionamentos
- Exercícios de mobilidade articular
- Reeducação vesical (cateterismo intermitente/autoesvaziamento, programa esvaziamento sem cateter)
- Reeducação intestinal
- Reeducação sexual (informar, aconselhar)

Apêndice II – Competências Comuns e Específicas do EEER desenvolvidas
nos OBE

OBE⁶¹ 1 - Conhecer a dinâmica do serviço e equipa, na vertente estrutural, organizacional e funcional		
CCEE⁶² alcançadas		
<u>Domínios</u>	<u>Competência</u>	<u>Unidades de Competência⁶³</u>
A - DOMÍNIO DA RESPONSABILIDADE PROFISSIONAL, ÉTICA E LEGAL	A1. Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção	A1.1. Demonstra tomada de decisão ética numa variedade de situações da prática especializada A1.2. Suporta a decisão em princípios, valores e normas deontológicas A1.4. Avalia o processo e os resultados da tomada de decisão
	A2. Promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais	A2.1. Promove a proteção dos direitos humanos A2.2. Gere na equipa, de forma apropriada as práticas de cuidados que podem comprometer a segurança, a privacidade ou a dignidade do cliente
B - DOMÍNIO DA MELHORIA DA QUALIDADE	B3. Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro	B3.1. Promove um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança e proteção dos indivíduos / grupo
D - DOMÍNIO DO DESENVOLVIMENTO DAS APRENDIZAGENS PROFISSIONAIS	D1. Desenvolve o auto-conhecimento e a assertividade	D1.1. Detém uma elevada consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro

⁶¹ OBE – Objetivo Específico

⁶² CCEE – Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (OE, 2010)

⁶³ “É um segmento maior da competência, tipicamente representado como uma função major ou conjunto de elementos de competência afins que representam uma realização concreta, revestindo-se de um significado claro e de valor reconhecido no processo” (OE, 2010, p.3).

OBE 2 - Analisar o papel do EEER⁶⁴ na dinâmica da instituição/serviço		
CCEE alcançadas		
<u>Domínios</u>	<u>Competência</u>	<u>Unidades de Competência</u>
A - DOMÍNIO DA RESPONSABILIDADE PROFISSIONAL, ÉTICA E LEGAL	A1. Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção	A1.1. Demonstra tomada de decisão ética numa variedade de situações da prática especializada A1.2. Suporta a decisão em princípios, valores e normas deontológicas A1.4. Avalia o processo e os resultados da tomada de decisão
	A2. Promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais	A2.2. Gere na equipa, de forma apropriada as práticas de cuidados que podem comprometer a segurança, a privacidade ou a dignidade do cliente
B - DOMÍNIO DA MELHORIA DA QUALIDADE	B3. Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro	B3.1. Promove um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança e proteção dos indivíduos / grupo
D - DOMÍNIO DO DESENVOLVIMENTO DAS APRENDIZAGENS PROFISSIONAIS	D1. Desenvolve o auto-conhecimento e a assertividade	D1.1. Detém uma elevada consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro
	D2. Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento	D2.1. Responsabiliza-se por ser facilitador da aprendizagem, em contexto de trabalho, na área da especialidade D2.2. Suporta a prática clínica na investigação e no conhecimento, na área da especialidade

⁶⁴ EEER – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

CEEEER ⁶⁵ alcançadas		
<u>Competência</u>		<u>Unidades de Competência</u>
J1. Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados		J1.1. Avalia a funcionalidade e diagnostica alterações que determinam limitações da atividade e incapacidades J1.2. Concebe planos de intervenção com o propósito de promover capacidades adaptativas com vista ao auto controlo e autocuidado nos processos de transição saúde/doença e ou incapacidade J1.3. Implementa as intervenções planeadas com o objetivo de otimizar e ou reeducar as funções aos níveis motor, sensorial, cognitivo, cardio-respiratório da alimentação, da eliminação e da sexualidade. J1.4. Avalia os resultados das intervenções implementadas
OBE 3 - Compreender a problemática da perceção da sexualidade da Mulher com LVM⁶⁶		
CCEE alcançadas		
<u>Domínios</u>	<u>Competência</u>	<u>Unidades de Competência</u>
A - DOMÍNIO DA RESPONSABILIDADE	A1. Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção	A1.1. Demonstra tomada de decisão ética numa variedade de situações da prática especializada A1.2. Suporta a decisão em princípios, valores e normas deontológicas

⁶⁵ CEEER – Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (OE, 2010)

⁶⁶ LVM – Lesão Vertebro-medular

PROFISSIONAL, ÉTICA E LEGAL		A1.3. Lidera de forma efectiva os processos de tomada de decisão ética de maior complexidade na sua área de especialidade A1.4. Avalia o processo e os resultados da tomada de decisão
	A2. Promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais	A2.1. Gere na equipa, de forma apropriada as práticas de cuidados que podem comprometer a segurança, a privacidade ou a dignidade do cliente
B - DOMÍNIO DA MELHORIA DA QUALIDADE	B3. Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro	B3.1. Promove um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança e proteção dos indivíduos / grupo
D - DOMÍNIO DO DESENVOLVIMENTO DAS APRENDIZAGENS PROFISSIONAIS	D1. Desenvolve o auto-conhecimento e a assertividade	D1.1. Detém uma elevada consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro
	D2. Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento	D2.1. Responsabiliza-se por ser facilitador da aprendizagem, em contexto de trabalho, na área da especialidade D2.2. Suporta a prática clínica na investigação e no conhecimento, na área da especialidade
CEEEER alcançadas		
<u>Competência</u>		<u>Unidades de Competência</u>
J1. Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados		J1.1. Avalia a funcionalidade e diagnostica alterações que determinam limitações da atividade e incapacidades J1.2. Concebe planos de intervenção com o propósito de promover capacidades adaptativas com vista ao auto controlo e autocuidado nos processos de transição saúde/doença e ou incapacidade J1.3. Implementa as intervenções planeadas com o objetivo de otimizar e ou reeducar as funções aos níveis motor, sensorial, cognitivo, cardio-respiratório da alimentação, da eliminação e da sexualidade. J1.4. Avalia os resultados das intervenções implementadas

J2. Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania		J2.1. Elabora e implementa programa de treino de AVD ⁶⁷ s visando a adaptação às limitações da mobilidade e à maximização da autonomia e da qualidade de vida
J3. Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa		J3.1. Concebe e implementa programas de treino motor e cardio-respiratório
OBE 4 e OBE 5 - Desenvolver competências especializadas em enfermagem de reabilitação à pessoa com LVM, mais especificamente na mulher; e, Capacitar a Mulher com LVM na realização de AV que promovam a expressão da sua sexualidade		
CCEE alcançadas		
<u>Domínios</u>	<u>Competência</u>	<u>Unidades de Competência</u>
A - DOMÍNIO DA RESPONSABILIDADE PROFISSIONAL, ÉTICA E LEGAL	A1. Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção	A1.1. Demonstra tomada de decisão ética numa variedade de situações da prática especializada A1.2. Suporta a decisão em princípios, valores e normas deontológicas A1.3. Lidera de forma efectiva os processos de tomada de decisão ética de maior complexidade na sua área de especialidade A1.4. Avalia o processo e os resultados da tomada de decisão
	A2. Promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais	A2.1. Promove a proteção dos direitos humanos A2.2. Gere na equipa, de forma apropriada as práticas de cuidados que podem comprometer a segurança, a privacidade ou a dignidade do cliente

⁶⁷ AVD – Atividades de Vida Diária

B - DOMÍNIO DA MELHORIA DA QUALIDADE	B1. Desempenha um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica	B1.1. Inicia e participa em projectos institucionais na área da qualidade
	B3. Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro	B3.1. Promove um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança e proteção dos indivíduos / grupo
D - DOMÍNIO DO DESENVOLVIMENTO DAS APRENDIZAGENS PROFISSIONAIS	D1. Desenvolve o auto-conhecimento e a assertividade	D1.1. Detém uma elevada consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro D1.2. Gera respostas, de elevada adaptabilidade individual e organizacional
	D2. Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento	D2.1. Responsabiliza-se por ser facilitador da aprendizagem, em contexto de trabalho, na área da especialidade D2.2. Suporta a prática clínica na investigação e no conhecimento, na área da especialidade D2.3. Provê liderança na formulação e implementação de políticas, padrões e procedimentos para a prática especializada no ambiente de trabalho
CEEEER alcançadas		
<u>Competência</u>		<u>Unidades de Competência</u>
J1. Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados		J1.1. Avalia a funcionalidade e diagnostica alterações que determinam limitações da atividade e incapacidades J1.2. Concebe planos de intervenção com o propósito de promover capacidades adaptativas com vista ao auto controlo e autocuidado nos processos de transição saúde/doença e ou incapacidade J1.3. Implementa as intervenções planeadas com o objetivo de otimizar e ou reeducar as funções aos níveis motor, sensorial,

		cognitivo, cardio-respiratório da alimentação, da eliminação e da sexualidade. J1.4. Avalia os resultados das intervenções implementadas
J2. Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania		J2.1. Elabora e implementa programa de treino de AVD's visando a adaptação às limitações da mobilidade e à maximização da autonomia e da qualidade de vida J2.2. Promove a mobilidade, a acessibilidade e a participação social
J3. Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa		J3.1. Concebe e implementa programas de treino motor e cardio-respiratório J3.2. Avalia e reformula programas de treino motor e cardio-respiratório em função dos resultados esperados.
OBE 6 - Desenvolver competências e intervenções de enfermagem de reabilitação no âmbito da gestão da Eliminação Urinaria na Mulher com LVM		
CCEE alcançadas		
<u>Domínios</u>	<u>Competência</u>	<u>Unidades de Competência</u>
A - DOMÍNIO DA RESPONSABILIDADE PROFISSIONAL, ÉTICA E LEGAL	A1. Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção	A1.1. Demonstra tomada de decisão ética numa variedade de situações da prática especializada A1.2. Suporta a decisão em princípios, valores e normas deontológicas
	A2. Promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as	A2.1. Promove a proteção dos direitos humanos A2.2. Gere na equipa, de forma apropriada as práticas de cuidados que podem comprometer a segurança, a privacidade ou a dignidade do cliente

	responsabilidades profissionais	
B - DOMÍNIO DA MELHORIA DA QUALIDADE	B3. Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro	B3.1. Promove um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança e proteção dos indivíduos / grupo
D - DOMÍNIO DO DESENVOLVIMENTO DAS APRENDIZAGENS PROFISSIONAIS	D1. Desenvolve o auto-conhecimento e a assertividade	D1.1. Detém uma elevada consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro
	D2. Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento	D2.1. Responsabiliza-se por ser facilitador da aprendizagem, em contexto de trabalho, na área da especialidade D2.2. Suporta a prática clínica na investigação e no conhecimento, na área da especialidade
CEEEER alcançadas		
<u>Competência</u>		<u>Unidades de Competência</u>
J1. Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados		J1.1. Avalia a funcionalidade e diagnostica alterações que determinam limitações da atividade e incapacidades J1.2. Concebe planos de intervenção com o propósito de promover capacidades adaptativas com vista ao auto controlo e autocuidado nos processos de transição saúde/doença e ou incapacidade J1.3. Implementa as intervenções planeadas com o objetivo de otimizar e ou reeducar as funções aos níveis motor, sensorial, cognitivo, cardio-respiratório da alimentação, da eliminação e da sexualidade. J1.4. Avalia os resultados das intervenções implementadas
		J2.1. Elabora e implementa programa de treino de AVD's visando a adaptação às limitações da mobilidade e à maximização da autonomia e da qualidade de vida J2.2. Promove a mobilidade, a acessibilidade e a participação social

J2. Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania	
J3. Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa	J3.1. Concebe e implementa programas de treino motor e cardio-respiratório J3.2. Avalia e reformula programas de treino motor e cardio-respiratório em função dos resultados esperados.

Se tem dúvidas, não se esqueça de
que existe uma equipa de profissionais de saúde que
a podem ajudar a esclarece-las ou encaminhá-la para ajuda especializada

Redescobrimo a Sexualidade após a Lesão Vértebro-Medular (LVM)

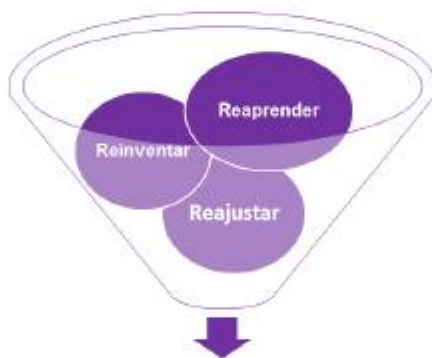
Página 1



Fonte imagem: <http://ajml.net/tag/infobol-igras/>

Posso engravidar? (OE, 2009)

SIM, após a lesão poderá experienciar um período sem menstruação, cerca de 6 meses, retomando posteriormente o seu padrão de fertilidade.



Reabilitação Sexual

MULHER



Fonte imagem: <https://pt.pinterest.com/pin/233272455677930088/>

Página 8

Elaborado por:

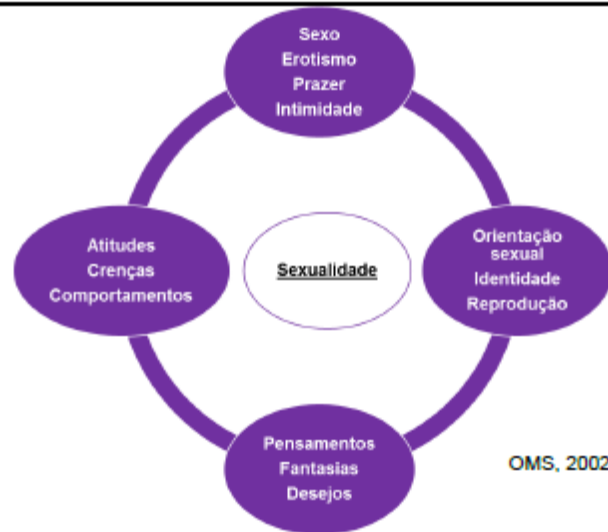
Raquel Sequeira
(Estudante do 7ºCMER—ESEL)

Data: Novembro 2016

Conceitos

Faça parte do seu plano de Reabilitação...

Página 2



LVM
(OE, 2009)

- ✓ Manifestada clinicamente com alterações da mobilidade, sensibilidade e do funcionamento do Sistema Nervoso;
- ✓ Existe uma interrupção entre a comunicação da medula com o cérebro (e vice-versa), mas também no controlo das funções motoras, intestinais, urinárias, sexuais, respiratórias e de regulação da temperatura corporal

Fonte Imagens:
<http://infoclinmedul.com/cuidados/piel/prevencao/>
<https://www.pinterest.com/pin/23308960626785500/>

Fonte Imagens:
<https://www.pinterest.com/pin/1136674342890341154/>
http://www.sjgwspedidume.com/ST_James/Care_for_Creation.html

AUMENTANDO

- A sua auto-estima
- A sua auto-imagem
- A sua expressão da sexualidade
- A intimidade física e emocional com seu/sua parceiro(a)
- A sua autonomia
- A sua qualidade de vida

Página 7

Existe Desejo Sexual? SIM!
Mas existem aspetos limitadores como...

... psicológicos principalmente durante a fase inicial de adaptação à sua nova condição.

... a diminuição da mobilidade, descontrolo a nível urinário e intestinal, dor, presença de espasmos, a dependência de terceiros para a higiene pessoal e vestir. (OE, 2009)

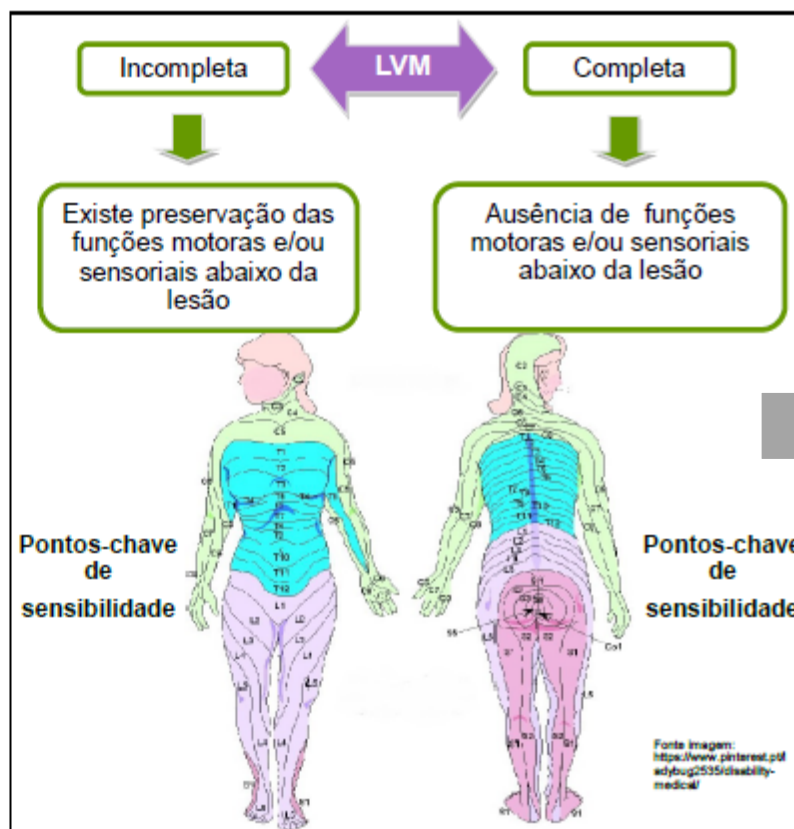
Página 6

Investir na sua reabilitação precoce para aumentar a sua autonomia

Existem “pequenos pormenores” que permitem uma readaptação à sua sexualidade ajudando a alcançar o máximo das suas potencialidades. Como por exemplo, capacitando-o a realizar as suas Atividades de Vida Diária, como:

- ❖ Higiene pessoal e Vestir-se
- ❖ Posicionamentos e transferência para a Cadeira de Rodas
- ❖ Treino de Equilíbrio
- ❖ Treino Vesical e Intestinal

Extensão da lesão (OE, 2009)



Página 3

Alterações a nível da atividade sexual (OE, 2009)

Sexualidade NÃO é apenas o ato sexual...

Nível de lesão completa e resposta sexual

T11 e acima	Aumento do volume e lubrificação vaginal preservados. Orgasmo raro. Função reprodutora não afetada
T12 a S1	Sem sensação de orgasmo. Função reprodutora não afetada
Lesões sagradas	Vulva ou vagina não afetada por <u>estimulação psicogénica</u> , função reprodutora não afetada



Fonte imagem: https://pt.123rf.com/photo_40965521_illustra%C3%A7%C3%A3o-do-vetor-que-descreve-os-4-sentidos.html

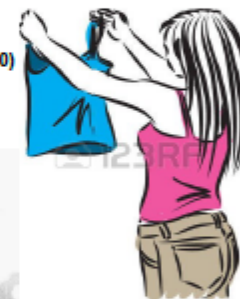
Através de imagens mentais, estímulos cerebrais não tácteis, pensamentos, sonhos, cheiros, sons, sabores.

Relativamente às lesões incompletas...

Quanto mais incompleta a lesão menor a alteração da resposta sexual sendo que deve ser avaliada consoante o diagnóstico clínico

- ❖ É intimidade e sedução...
- ❖ É estabelecer uma relação de confiança com o seu parceiro/sua parceira...
- ❖ Procurar novas maneiras de sentir prazer...
- ❖ Proximidade emocional com outros...
- ❖ É a sua maneira de vestir...
- ❖ É acariciar e beijar...

(Basson, 2000)



Fonte imagem: https://fr.123rf.com/photo_57044365_illustra%C3%B5es-de-uma-mulher-em-um-estado-de-nudez.html



Fonte imagem: <http://violet.ru/user145890245/>



Fonte imagem: <https://vk.com/id67087952>

Página 5

Referências Bibliográficas:

- (1) Organização Mundial de Saúde –OMS(2002). *Defining sexual health – report of a technical consultation on sexual health, 28-31 January 2002, Geneva*. World Health Organization. Geneva, 2006;
- (2) Ordem dos Enfermeiros-OE(2009). *Guia de Boa Prática de Cuidados de Enfermagem À Pessoa com Traumatismo Vértebro-Medular*. Caderno OE. Série I. Número 2;
- (3) Basson, R. (2000) – The Female Sexual Response: a different model. *Journal of Sex&Marital Therapy*. 26 (1). P. 51-65.

Tratamentos especializados

Redescobrimdo a Sexualidade após a Lesão Vértebro-Medular (LVM)

Alguns exemplos...

- ✓ Meios terapêuticos: usados para facultar a ereção e relação sexual e são ajustados ao tipo de dificuldade encontrada;
- ✓ Medicação via sistêmica: sildenafil - Viagra®, por exemplo;
- ✓ Medicação via tópica por aplicação direta, como por exemplo, alprostadil;
- ✓ Bomba vácuo: vácuo induzido por ação manual ou elétrica e a ereção mantida por aplicação de um anel constritor colocado na base do pênis;
- ✓ Implante peniano cirúrgico (Queirós, 2015)

Página 8

Se tem dúvidas, não se esqueça de que existe uma equipa de profissionais de saúde que o podem ajudar a esclarece-las ou encaminhá-lo para ajuda especializada

HOMEM



Fonte imagem: <http://www.rebus.com/health-mental-health/>

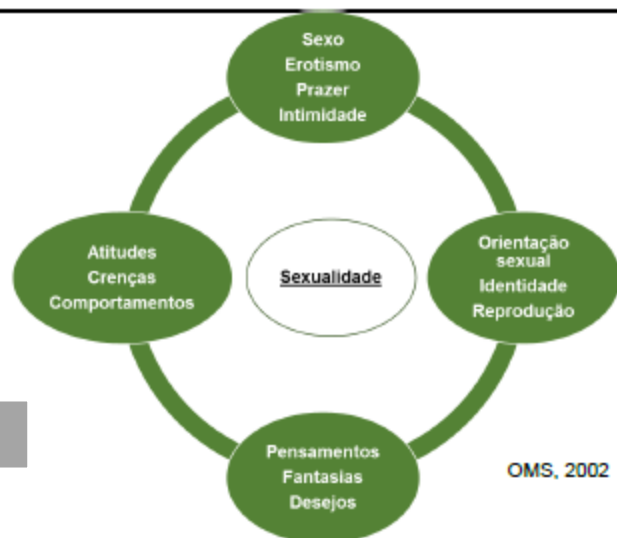
Página 1

Elaborado por:

Raquel Sequeira
(Estudante do 7ºCMER—ESEL)

Data: Novembro 2016

Conceitos



LVM
(OE, 2009)

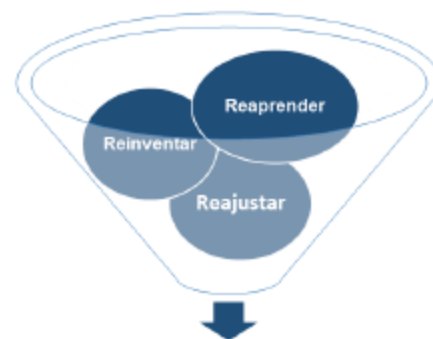
- ✓ Manifestada clinicamente com alterações da mobilidade, sensibilidade e do funcionamento do Sistema Nervoso;
- ✓ Existe uma interrupção entre a comunicação da medula com o cérebro (e vice-versa), mas também no controlo das funções motoras, intestinais, urinárias, sexuais, respiratórias e de regulação da temperatura corporal

Página 2

Faça parte do seu plano de Reabilitação...

A
U
M
E
N
T
A
N
D
O

A sua auto-estima
A sua auto-imagem
A sua expressão da sexualidade
A intimidade física e emocional com seu/sua parceiro(a)
A sua autonomia
A sua qualidade de vida



Reabilitação Sexual

Página 7

Aumente a sua autonomia investindo na sua Reabilitação Precoce

Existem “pequenos pormenores” que permitem uma readaptação à sua sexualidade ajudando a alcançar o máximo das suas potencialidades. Como por exemplo, capacitando-o a realizar as suas Atividades de Vida Diária, como:

- ❖ Higiene pessoal e Vestir-se
- ❖ Posicionamentos e transferência para a Cadeira de Rodas
- ❖ Treino de Equilíbrio
- ❖ Treino Vesical e Intestinal

Fonte imagem:
<https://www.pinterest.com/pin/113997434296624114/>



Fonte imagem:
https://www.ada.gov/medicare_mobility_ta/AssistTransFstOverHdl.ft.htm



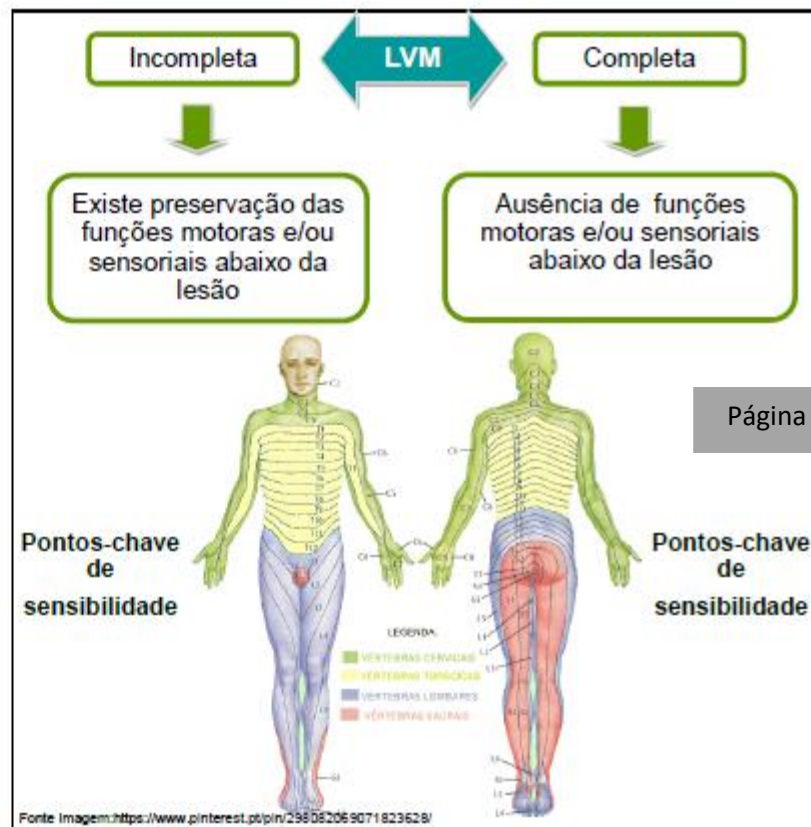
Fonte imagem:
<http://infolesionmedular.com/cuidados/pla/prevencao/>



Fonte imagem:
http://nashput.com/blog_spin/rehabilitation_and_ifk.html?start=10



Extensão da Lesão (OE, 2009)



Alterações a nível da atividade sexual (OE, 2009)

Um homem sem LVM pode encetar a ereção por via reflexa ou psicogénica mas a conjugação de ambas (ereção mista) leva a uma ereção de qualidade possibilitando a relação sexual

Ereção reflexa (ativada pelo centro sagrado de S2-S4) - ocorre quando existe estimulação tátil da área genital sendo a informação transmitida à medula.

Ereção psicogénica (ativada pelo segmento medular dorso-lombar de T10-L2) - através de imagens mentais, estímulos cerebrais não tácteis, pensamentos, sonhos, cheiros, sons,



Fonte imagem: https://pt.123rf.com/photo_40965521_illustra%C3%A7%C3%A3o-do-vetor-que-descreve-os-4-sentidos.html

Página 4

Nível de lesão completa e resposta sexual (OE, 2009)

T11 e Acima	Função erétil preservada, ausência de ereção psicogénica, ejaculação rara
T12 a S1	Ereções psicogénicas e reflexas pequenas e de curta duração. Pode ocorrer descargas de esperma sem sensação de ejaculação ou orgasmo
Lesões sagradas	Aumento do tamanho do pénis por estimulação psicogénica. Ereções inadequadas à penetração. Pode ocorrer ejaculação

Relativamente às lesões incompletas...

Quanto mais incompleta a lesão menor a disfunção erétil sendo que deve ser avaliada consoante o diagnóstico clínico

Desejo Sexual existe? SIM!

Mas existem aspetos limitadores como...

- ✓ Psicológicos (adaptação à sua nova condição)
- ✓ Diminuição da mobilidade, descontrolo a nível urinário e intestinal, dor, presença de espasmos, a dependência de terceiros para a higiene pessoal e vestir.

Página 5

Referências Bibliográficas:

- (1) Organização Mundial de Saúde –OMS(2002). *Defining sexual health – report of a technical consultation on sexual health, 28-31 January 2002*, Geneva. World Health Organization. Geneva, 2006;
- (2) Ordem dos Enfermeiros-OE(2009). *Guia de Boa Prática de Cuidados de Enfermagem À Pessoa com Traumatismo Vértebro-Medular*. Caderno OE. Série I. Número 2;
- (3) Queirós, E. (2015). *Sexualidade e Reabilitação: vivências de lesionados medulares*. (Tese de Mestrado). Instituto Politécnico de Viana do Castelo—Escola Superior de Saúde. Disponível no RCAAP.

Apêndice IV - Estágio de Observação num centro de reabilitação

Estágio de Observação num centro de reabilitação

Como complemento para o meu relatório de estágio tive o privilégio de permanecer três dias num centro de reabilitação em observação, num serviço direcionado a pessoas com Lesão Vertebro-medular (LVM). Foram delineados como objetivos desta pequena etapa intermédia perceber qual o papel do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER) numa realidade desconhecida para mim e ter o privilégio de contatar com mulheres com a patologia atrás citada. Assim, pretendia-se dar resposta a um dos objetivos referenciados no projeto por mim desenvolvido: compreender a problemática da perceção da sexualidade da Mulher com LVM.

Este é um contexto de excelência na área de reabilitação e isso denota-se na sua organização, onde uma equipa multidisciplinar se concentra unicamente, para alcançar o auge da capacitação do cliente nas suas atividades de vida (AV's). Aspeto positivo em relação à vertente hospitalar onde tinha estado inserido anteriormente. O cliente tem os seus dias planeados em sessões em diversos departamentos, desde fisioterapia a terapia ocupacional, tendo como meta a máxima independência individual, existindo uma certa liberdade na deambulação pelo centro, ao contrário da vertente hospitalar.

O papel do EEER nesta equipa multidisciplinar demarca-se, principalmente, na capacitação do cliente no treino de AV e na reeducação funcional respiratória. Como os clientes passam grande parte do dia em diversos departamentos, a presença do EEER demonstra-se mais importante no turno da tarde, quando estes regressam ao seu serviço, e quando o EEER pode dirigir à sua intervenção diferenciada.

Nesta breve passagem enuncio três momentos-chave de aprendizagem que me ajudaram a compreender a problemática da perceção da sexualidade na Mulher com LVM, que foram os seguintes:

- Interação com uma cliente de 30 anos paraplégica;
- Conversa com a Psicóloga que integra a Consulta de Disfunção Sexual Neurogénica (DSN);
- Conversa com EEER que estudou e realizou trabalho na área da sexualidade nesta população, com foco nas atitudes dos profissionais de saúde.

Conversa com uma cliente...

O contexto onde estive inserida é constituído por 34 camas e, logo no primeiro dia de observação, tive o privilégio de contatar com uma cliente paraplégica (de agora em diante denominada Sr^a.R.), população foco do meu relatório de estágio. Esta cliente, de 30 anos de idade, sem antecedentes pessoais relevantes, deu entrada neste centro no dia 20 de Setembro de 2016, em consequência de um acidente de viação em Agosto, com instalação imediata do quadro de paraplegia – fratura de D12 com compressão medular. Fez cirurgia, nesse mesmo mês, descompressão com laminectomia de D12 e parcial de D11 e artrodese posterior de D10-L2, mas sem resolução dos défices.

Esta cliente, neste momento, aguardava alta, entre 1-2 dias, sendo que já realizava autonomamente grande parte das AV's, realizava auto-esvaziamentos e já tinha sido realizada consulta de Disfunção Sexual Neurogénica (realizada por duas médicas e psicóloga).

Após termos sido apresentadas, pelo EEER orientador deste estágio, expliquei à Sr^a.R., que gostaria de ter uma conversa informal sobre a temática da sexualidade, explicando ser a temática do meu relatório em construção. A cliente deu-me o seu consentimento. Inicialmente, perguntei-lhe o que era a sexualidade para esta, respondendo-me, que era para além do ato sexual era o “dar mimos” (SIC). Verbalizou-me que ainda não tinha tentado realizado o coito com o seu parceiro porque tinha medo de experimentar e medo de se magoar (receio partilhado com o seu companheiro). Enunciou também que pretendia engravidar mas que não o iria tentar agora porque queria primeiro se adaptar à vida no domicílio, demonstrando algum receio neste regresso definitivo.

Tentei perceber, posteriormente, se a cliente relacionava a capacitação de outras AV's, como a Higiene e Vestir-se, com o aumento da sua auto-imagem e auto-estima, revelando que “nunca tinha pensado nisto...o de me vestir bem e cheirar bem...” (SIC). Revelando assim a necessidade do EEER demonstrar esta vertente aos clientes porque pode ser uma motivação extra para o alcance das suas potencialidades.

Posteriormente, abordei a parte da gestão da eliminação vesical, onde a cliente se encontrava autónoma nos auto-esvaziamentos. Mostrava receio de ter perda de urina durante o ato sexual, e como isso seria desconfortável para si e seu

companheiro. Então, demonstrei-lhe, que deveria realizar o auto-esvaziamento antes do ato sexual, algo que ainda não tinha sido ensinado a esta. Referi que alguma da espontaneidade que caracteriza tudo o processo do ato sexual poderia desvanecer pela necessidade de realizar o procedimento, atrás citado, mas que iria prevenir potenciais desconfortos. Esta assentiu e agradeceu-me a partilha deste “pormenor”.

No final da nossa conversa, e após agradecer à cliente a sua abertura de espírito e cooperação, senti-me recompensada por ter encontrado uma cliente que me deu resposta às minhas perguntas. Foi importante, a cliente ter sido abordada já nesta temática na consulta de DSN demonstrando um à vontade essencial para a discussão do tema.

A Sr^a.R. manifestou os principais receios que apareceram-me na minha pesquisa bibliográfica: medo de magoar, de não sentir, de ter perda de urina e diminuição da proximidade física com o parceiro. Infelizmente, não existiu a correlação entre o aumento da sua capacitação em outras AV's e sua influência na esfera da sexualidade, sendo um campo em que o EEER deve investir, bem como na gestão da eliminação vesical onde denotei falta de conhecimento.

Conversa com a Psicóloga...

Após conversa com uma cliente com LVM demonstrou-se importante e detentor de aprendizagem realizar uma conversa informal com a psicóloga que integra a consulta de DSN onde a reabilitação psicosexual é o foco. E como esta consulta é apresentada aos clientes com LVM? Ao longo do internamento existem vários momentos de partilha entre os LVM, em sessões coletivas, sendo que uma delas é abordada a temática da sexualidade. Nessa sessão a psicóloga demonstra a existência desta consulta de DSN onde posteriormente o cliente pode pedir marcação. Esta marcação deve ser sempre realizada com referência do seu médico assistente. Aqui o papel do enfermeiro pode ser preponderante também. Porquê? Normalmente o cliente demonstra receio de falar desta temática por isso durante o internamento o enfermeiro deve ter a sensibilidade e desmistificar este tema perante o cliente e assim servir de ponte para este encaminhamento. Posteriormente à primeira consulta na DSN a responsabilidade de próximas marcações recai no cliente.

Um dos focos abordados nesta conversa foi quando se deve então abordar a temática da sexualidade. Em consonância com a minha pesquisa, a resposta da

psicóloga revelou-se como a inexistência de um tempo determinado. Segundo esta, após o incidente o objetivo é estabilizar o cliente clinicamente e psicologicamente, criando uma relação de confiança e encaminhar posteriormente o cliente (e seu parceiro) para um apoio mais específico, o que vai de encontro com o Modelo PLISSIT, abordado no meu relatório de estágio, demonstrando-se uma intervenção importante para o EEER. Posteriormente, deve haver uma avaliação se existe ou não disfunção sexual e o tipo, considerando fatores físicos, psicológicos e sociais.

Segundo a psicóloga, é essencial não focar apenas nas causas orgânicas mas também abordar o desempenho sexual do cliente anterior à LVM, bem como a importância do ato sexual, o seu grau de satisfação, interação do casal, existência de sintomatologia depressiva antes do incidente, entre outros. É importante conhecer o cliente e a sua relação com a temática em estudo, antes do incidente, porque se a pessoa já demonstrava problemas com a sua auto-imagem ou uma baixa auto-estima antes da LVM, a sua readaptação sexual será mais complexa.

A consulta de DSN demonstra como suas principais intervenções educação informativa psicosssexual, desenvolvimento de planos de ação psicoterapêutica, desmistificação de crenças, reestruturação cognitiva e comportamental, tendo como finalidade diminuir estado de ansiedade e/ou depressão, encorajar os clientes e seus companheiros a repensar na sua sexualidade, fomentando a sua comunicação, promovendo mudanças no seu relacionamento, reforçando sentimentos de auto-estima e da sua imagem corporal e, no reconhecimento das suas limitações.

Nesta conversa com a psicóloga o que ressaltou em relação aos principais temas na mulher com LVM em relação à sexualidade foram a reprodução, lubrificação e sensibilidade.

A fertilidade demonstra-se como um dos aspetos centrais. Muitas das mulheres demonstram receio de não poder engravidar. Este tema é reconstruído ao demonstrar que se não houver nenhuma causa orgânica que impossibilite, a LVM não provoca infertilidade. Existe sim, um especial cuidado no reencaminhamento para a área da ginecologia principalmente relacionado com a toma dos contraceptivos e na gestão da gravidez pela falta de sensibilidade. Muitas mulheres usavam a pilula mas devido à imobilidade há um risco acrescido de trombose venosa profunda sendo preferencial outro tipo de contraceptivo como o implante. Em relação à gravidez, muitos médicos

ginecologistas estão pouco informados em relação a LVM, sendo que esta gravidez deve ser intitulada de risco, principalmente pelas alterações de sensibilidade.

Uma das principais alterações após a LVM é a dificuldade/ausência de lubrificação vaginal havendo a necessidade de demonstrar à mulher que este problema pode ser facilmente resolvido com a compra de lubrificantes. A capacidade orgásmica também vai estar alterada, mas segundo a psicóloga, e tendo em conta o ciclo de resposta sexual da mulher de Basson (2000) – também abordado no meu projeto de estágio – muitas vezes, esta alteração é compensada pela proximidade física com o/a parceiro(a), existência de carinho, do toque, de beijos, abraços e, proximidade emocional. Existe a necessidade de explicar a esta população que devem-se focar na sensibilidade que têm e, que existem mais 4 sentidos (a visão, olfato, paladar e os sons) e devem procurar novas “entradas” para o seu prazer, como também, reforçar as memórias, o que antigamente lhe dava prazer.

Os principais receios da mulher com LVM na sua sexualidade, segundo a psicóloga são: o recomeçar/readaptar o ato sexual; o sentir *versus* o não sentir; a presença de dor e de espasmos; quais as posições sexuais; a existência de drenagem vesical e, receio de falar com o parceiro sobre esta temática.

Outro aspeto importante discutido foi a diferença entre uma pessoa com deficiência adquirida *versus* congénita. A violência da perda de identidade e imagem corporal é completamente diferente entre estas populações, sendo mais abrupta numa pessoa com deficiência adquirida, como a LVM, devido a necessidade de se readaptar.

A dicotomia parceiro *versus* cuidador também foi abordada. A linha que separa estes dois papéis é ténue e é necessário que não se misturem. A psicóloga verbalizou que muitos dos clientes que regressam ao domicílio dormem em camas separadas, mas para quê? Muitos dos clientes com LVM não necessitam de camas articuladas e consoante as limitações deve-se demonstrar ao casal que não necessitam deste fator que os distanciam ainda mais. Muitas vezes é demonstrado ao casal a hipótese de realizarem jogos eróticos no cuidar, como por exemplo, nos cuidados de Higiene pessoal e Vestir-se, porque não aproveitar para o ato sexual, se o parceiro/parceira sentem vontade?

Foi bastante enriquecedora esta conversa com a psicóloga que solidificou as aprendizagens desenvolvidas por mim e principalmente demonstrou os principais

receios/medos da cliente com LVM. Foi importante reconhecer a importância de sabermos, como profissionais de saúde, como era sexualidade antes da LVM e sua importância para a cliente e como isso influencia a sua readaptação sexual, bem como, a necessidade de envolver sempre o parceiro/parceira.

Conversa com EEER...

Para complemento desta visita tive a oportunidade de contatar com um EEER que no seu trabalho acadêmico focou-se nas atitudes dos enfermeiros em relação à sexualidade e restante formação acadêmica incidiu-se na temática da sexualidade, principalmente em clientes com LVM. As atitudes dos enfermeiros também foi abordado durante a minha pesquisa sendo que na nossa conversa este EEER referiu as seguintes: medo, desconforto, receio, vergonha e, não vislumbrando esta AV como fulcral de ser abordada logo de início desculpabilizando-se através da focagem do que lhes é essencial como por exemplo, a mobilidade.

Como EEER demonstra ser essencial saber quais as expectativas da pessoa em relação à sua futura sexualidade, demonstrar a resposta sexual e, acima de tudo, desmistificar e desconstruir mitos e preconceitos sobre esta temática. É importante estimular o cliente com LVM a querer saber sobre a sua sexualidade ou pelo menos demonstrar que estamos disponíveis para falar sobre o assunto. Mas como? Este EEER demonstrou de maneira muito simples. Na colheita de dados existe um parâmetro sobre a sexualidade onde a maioria dos enfermeiros escrevem apenas se a pessoa tem companheiro e/ou filhos nada mais...Mas isto não é suficiente! Porque não podemos perguntar: *“a sua vida sexual é satisfatória?”* (SIC). A pessoa pode responder de maneira simplista no início mas fica desperta para o assunto e percebe que os profissionais de saúde importam-se sobre esta temática, demonstrando que a mesma é importante para o seu plano de cuidados.

Posteriormente, na nossa conversa, este EEER, demonstrou de maneira muito clara como a AV exprimir a sexualidade é importante de ser abordada. Contou a história de um cliente paraplégico, completamente autônomo nas suas AV's, mas deprimido porque na esfera da sexualidade não se sentia completo, não se sentia homem, porque esta temática não tinha sido abordada. E, mesmo sendo uma pessoa autônoma, isolava-se perante os outros. E, após esta AV (exprimir a sexualidade) ser complementada a sua posição perante a vida mudou completamente, sendo que

trabalha e tem uma relação próxima com a sua parceira. Demonstrando assim a interligação de todas as AV's e a necessidade de serem todas trabalhadas nos planos de cuidados.

Conclusão...

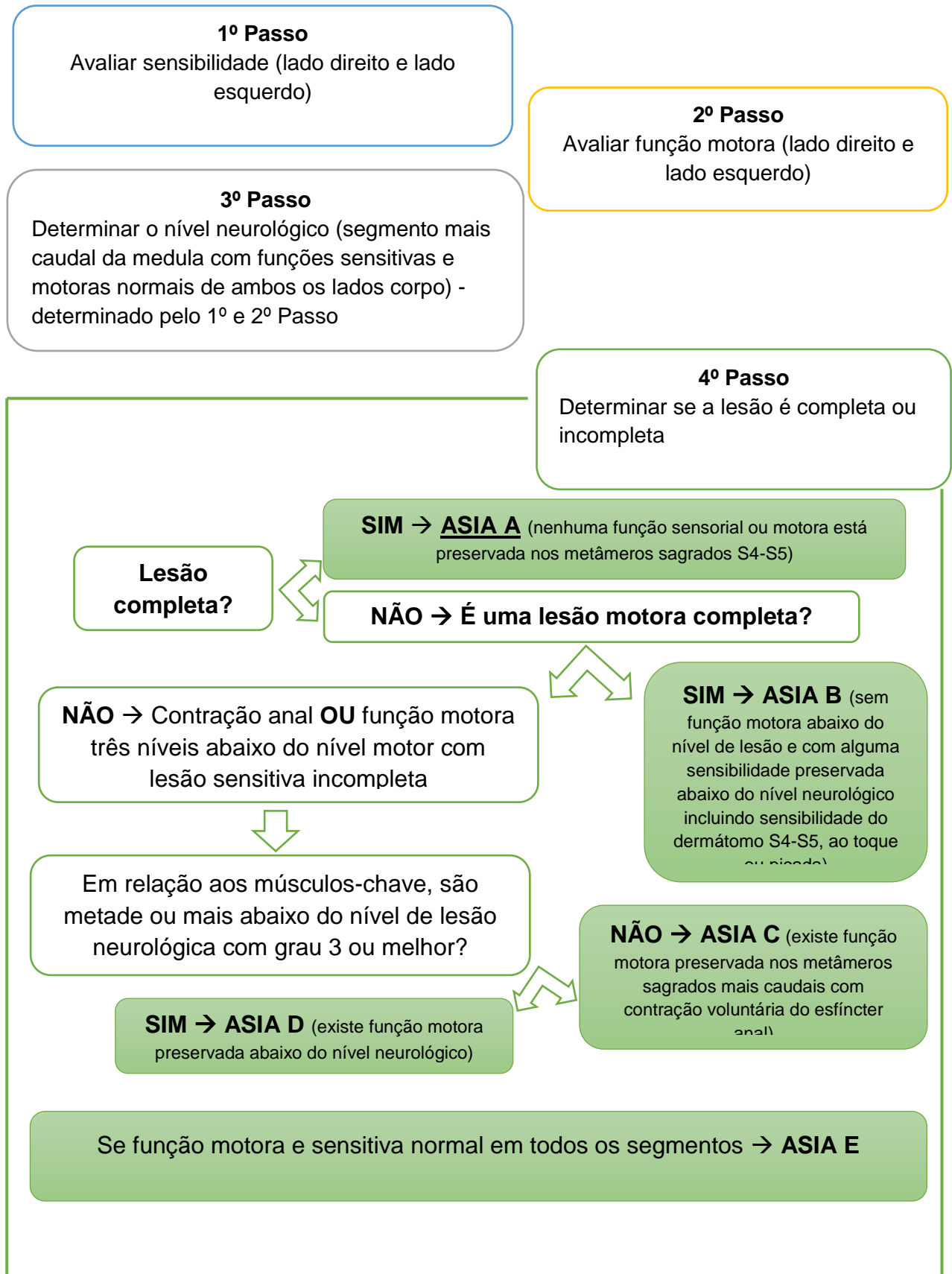
Foram três dias de aprendizagens que me ajudaram a complementar o meu relatório de estágio. Só posso agradecer a disponibilidade que os profissionais de saúde com quem contatei demonstraram e que me permitiram reconhecer a percepção da Mulher com LVM na sua sexualidade. E, acima de tudo, à Sr^a. R. que me deu a sua visão pessoal, o meu muito obrigado.

O EEER tem um leque de intervenções que pode desenvolver nesta AV mas acima de tudo demonstra-se essencial demonstrar-se disponível e desprovido de juízos de valor. É, importante, que esta AV seja reconhecida, porque todas as AV's se relacionam e estando uma alterada as outras serão igualmente afetadas, comprometendo assim o plano de reabilitação da pessoa.

Apêndice V - Algoritmo para determinar o Grau da Lesão Medular segundo a
classificação ASIA

Algoritmo para determinar o Grau da Lesão Medular segundo a classificação ASIA

(Adaptado de Kirshblum et al, 2011; ASIA, 2006; Henriques & Fumincelli, 2014)



Apêndice VI - Grelha de avaliação do equilíbrio no cliente com LVM

Avaliação do Equilíbrio (adaptada da grelha de avaliação em vigor na unidade especializada em LVM)

		DATA	DATA	
EQUILIBRIO DO TRONCO APOIADO NO LEITO COM CABECEIRA ELEVADA A 80°	Mantém equilíbrio sem apoio dos Membros Superiores (MS's)			LEGENDA: S – SIM N – NÃO NT – NÃO TESTÁVEL
EQUILIBRIO DO TRONCO APOIADO NA CADEIRA DE RODAS (CR) COM OS PÉS APOIADOS NO SOLO	Mantém equilíbrio sem apoio dos MS's			
EQUILIBRIO SENTADO COM OS PÉS NO SOLO	Mantém equilíbrio do tronco com ambas as mãos apoiadas no leito/CR			
	Mantém equilíbrio do tronco com uma mão apoiada no leito/CR			
	Mantém equilíbrio do tronco sem apoio das mãos no leito/CR			
	Mantém equilíbrio do tronco após perturbações, voltando à posição inicial			
	Mantém equilíbrio do tronco com abdução dos membros superiores num ângulo de 90°			
	Mantém equilíbrio do tronco quando realiza inclinação lateral do corpo			
	Mantém equilíbrio do tronco quando realiza exercício do avião			
	Mantém equilíbrio do tronco com abdução dos MS's num ângulo de 90° e de olhos fechados			
	Mantém equilíbrio do tronco quando realiza <i>push-up</i>			

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA

7º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM
Área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação

UNIDADE CURRICULAR – ESTÁGIO COM RELATÓRIO

PROCESSO DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO



Docente orientador:

Professora Fátima Mendes Marques

Realizado por:

Raquel Domingues Sequeira

Nº330

Lisboa, 2016

ÍNDICE

	P
1. COLHEITA DE DADOS E HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL	3
2. AVALIAÇÃO INICIAL	4
2.1. AVALIAÇÃO DAS ATIVIDADES DE VIDA (AV) SEGUNDO NANCY ROPER – 1º CONTATO COM O CLIENTE A 03/10/2016	4
2.2. ESCALA DE AVALIAÇÃO DAS AV'S	9
2.2.1. Escala Modificada de Barthel (Avaliação 03/10/2016)	9
2.1.2. MIF (Medida de Independência Funcional)	11
3. PLANO DE CUIDADOS (BASEADO NO MODELO DE VIDA DE NANCY ROPER)	13
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	24
ANEXOS	

1. COLHEITA DE DADOS E HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL

Nome: Sr. F.J.	Agregado familiar: Esposa e 4 filhos
Idade: 31 anos	Pessoa significativa: Mãe
Gênero: Masculino	Profissão: Trabalhador por conta de
Estado civil: Casado	outrem
	Situação habitacional: Vivia com a esposa e 4 filhos

História da doença atual

Antecedentes Pessoais: Desconhece-se

Data de Admissão: 21/06/2016 no [REDACTED]

Motivo de internamento: Vítima de acidente de queda de cerca de 4 metros

Diagnóstico: Politraumatizado com fratura de C4, C5 e C6 associada a tetraparésia

Evolução clínica:

Doente de 31 anos de idade, sexo masculino, que deu entrada no Hospital [REDACTED], a 21/06/2016, com diagnóstico de traumatismo da coluna cervical com fratura de C4, C5 e C6 após queda de 4 metros com tetraplegia com nível de sensibilidade pela linha mamilar. Teve também traumatismo de crânio sem perda de conhecimento. Ainda no Serviço de Urgência (SU) [REDACTED] apresentava Glasgow de 15 (segundo escala descrita no seguinte capítulo), referindo diminuição da sensibilidade nos membros superiores e inferiores. Apresentava ferida na região mentoniana, parietal e joelho esquerdo que foram suturadas. Veio transferido no mesmo dia para o Hospital [REDACTED] para ida ao bloco operatório (BO) de urgência onde realizaram abordagem anterior da coluna cervical, discectomia⁶⁸ C4-C6 e corpectomia⁶⁹ de C5 e C6, colheita de enxerto autólogo⁷⁰ da crista ilíaca, encerramento por

⁶⁸ Refere-se à descompressão cirúrgica através da “remoção do fragmento extrusado com ou sem compressão de uma estrutura nervosa” (Oliveira, 2011, p.19).

⁶⁹ “A corpectomia é indicada em diversas patologias espinhais que necessitam de descompressão das estruturas neurais associado a reconstrução da coluna anterior” (Nogueira et al, 2011, p.98).

⁷⁰ Enxerto autólogo é utilizado para colmatar falhas ósseas que podem advir de diferentes etiologias e segundo Zabeu & Mercandante (2008) é considerado o melhor material para consolidação óssea principalmente devido “às propriedades osteogênicas, osteoindutoras e osteocondutoras, além do fato de não causar reação imunológica ou transmissão de doenças infecciosas” (p.60).

planos e agraques à pele e artrodese⁷¹ com enxerto e placa anterior de 57mm com parafusos em C4 e C7.

Ao longo do internamento neste hospital manteve-se entre a Unidade [REDACTED] e a Unidade [REDACTED] por necessidade de ir ao BO várias vezes devido a intercorrências: 13/07/2016 e 20/07/2016 com diagnóstico de falência de artrodese cervical anterior por infeção para lavagem e desbridamento; por quadro de disfagia a 8/08/2016 foi fazer revisão cirúrgica (com diagnóstico fístula do esófago posterior cervical e falência de artrodese cervical anterior por infeção) ficando nesta altura com jejunostomia⁷² que encerrou no dia 15/09/2016 e, por fim, dia 23/08/2016 por manter falência da artrodese cervical anterior por infeção com complicação por fístula do esófago posterior cervical realizou fixação posterior C4-D1 com barras e parafusos. Como outras intercorrências neste período existiu um agravamento ao nível do joelho esquerdo com exsudado positivo a *Staphylococcus Aureus* multirresistente e, também, infeção urinária a *Escheria coli* na progressão do internamento tendo realizado, em ambos, antibioterapia dirigida.

Veio transferido para a [REDACTED] no dia 29/08/2016 clinicamente estável, onde manteve repouso até dia 13/09/2016 aquando realizou primeiro levante. Já sem colar cervical desde o dia 19/09/2016.

2. AVALIAÇÃO INICIAL

2.1. AVALIAÇÃO DAS ATIVIDADES DE VIDA (AV) SEGUNDO NANCY ROPER – 1º CONTATO COM O CLIENTE A 03/10/2016

AV Manter Ambiente Seguro

Estado de consciência (Escala de Glasgow): Doente calmo, consciente e orientado no tempo, espaço, autopsicamente e alopsquicamente. Com Score de 15 na escala de Glasgow.

Atenção: Vigil.

Humor: Eutímico.

Informação/atitude sobre a doença e cuidados a ter: Tem consciência do diagnóstico mas não procura nem questiona novas informações ou o futuro

Risco de Infeção: Aumentado por internamento prolongado e drenagem vesical permanente.

⁷¹ Tem como objetivo “proteger e/ou descomprimir a medula espinal e aliviar a dor, restaurando uma coluna biomecanicamente comprometida, mantendo o alinhamento e promovendo uma fusão óssea sólida” (Sousa et al, 2010, p.288).

⁷² “A jejunostomia é um procedimento cirúrgico que estabelece o acesso à luz do jejuno proximal através da parede abdominal” tendo como finalidade alimentação ou descompressão (Santos et al, 2011, p.45).

Condições habitacionais/sociais/familiares: Cliente residia antes do acidente com a esposa e 4 filhos. Neste momento, encontra-se separado da esposa, sendo a pessoa significativa a sua mãe. Os filhos visitam-no esporadicamente.

Risco de Queda (Escala de Morse): Baixo Risco (Score 35).

Estado de Consciência – Escala de Glasgow

Abertura dos olhos		Melhor resposta motora		Melhor resposta verbal		
Espontânea	4	Obedece ao comando	6	Orientado	5	Score 15
A sons	3	Localiza dor	5	Fala confusa	4	
À dor	2	Flexão normal de retirada	4	Palavras inapropriadas	3	
Nenhuma	1	Flexão normal de retirada	3	Sons incompreensíveis	2	
		Flexão anormal em descorticação	2	Nenhuma	1	
		Extensão em descerebração	1			
		Nenhuma				

Risco de queda (Escala de Morse)

ITENS	PONTUAÇÃO	Nível de Risco
1. Historial de quedas; neste internamento/urgência ou nos últimos 3 meses (NÃO 0 – SIM 25)	0	Sem Risco : 0-24
2. Diagnóstico(s) secundário(s) (NÃO 0 –SIM 15)	15	
3. Ajuda para caminhar Nenhum/ajuda de enfermeiro/acamado/cadeira de rodas (0) Muletas/canadianas/bengala/andarilho (15) Apoia-se no mobiliário para andar (30)	0	Baixo Risco: 25-50
4. Terapia intravenosa/cateter periférico com obturador/heparina (NÃO 0 – SIM 20)	20	Alto Risco: ≥ 51
5. Postura no andar e na transferência Normal/acamado/imóvel (0) Debilitado (10) Dependente de ajuda (20)	0	
6. Estado mental Consciente das suas capacidades (0) Esquece-se das suas limitações (15)	0	
PONTUAÇÃO	35	Baixo Risco

Comunicação Verbal: Sem alterações

AV Comunicar

Comunicação Não-verbal: Alteração da sensibilidade e da motricidade.

Alteração dos sentidos/sensibilidades: Realizada avaliação neurológica segundo a ASIA (ANEXO I)

	Avaliação à entrada no serviço	4/10/2016 (ANEXO I)
Tipo de Lesão (Completa/ Incompleta)	Incompleta	Incompleta
Avaliação da ASIA (A,B,C,D ou E)	A	B
Nível Neurológico da Lesão	C4	C4

AV Respirar	TA (mmHg)	119/65	Legenda: TA: tensão arterial; FC: frequência cardíaca; T: temperatura corporal; FR: frequência respiratória; Sat O2: saturação de oxigénio
	FC (bpm)	77	
	TC (°C)	36,5	
	FR (cpm)	18	
	Sat O2 (%)	97	
	Padrão respiratório	Ritmo regular; amplitude mantida e simétrica; padrão tendencialmente torácico	* Escala numérica – pretende-se que o cliente faça uma equivalência entre a intensidade da dor que sente e uma escala numérica, onde 0 corresponde “sem dor” e 10 a “dor máxima” que já vivenciou até ao momento.
	Auscultação Pulmonar	Murmúrio vesicular mantido	
	Dor*	0	
	NOTAS:	Ventilação espontânea Sem edemas	

Dependente na AV (Avaliação no Subcapítulo 2.2.)

AV Eliminar

Eliminação Vesical: Drenagem vesical contínua – sylastic nº16 - com bons débitos urinários (cerca de 1000 ml por turno)

Eliminação Intestinal: Treino intestinal de 2/2 dias – supositório bisacodilo e lactulose – sendo eficaz. Mantém perdas intestinais que o doente não controla mas consegue reconhecer quando existem. Sem contração anal.

Parcialmente dependente: Avaliação no Subcapítulo 2.2.

AV Comer e Beber

Utiliza dispositivo de compensação que se coloca na mão esquerda. Tem algum movimento de preensão nesta mão.

Dieta hiperproteica. Ingere muitos doces que a família traz.

AV Controlo da Temperatura Corporal

Sem alterações.

Apirético.

Sem sudorese e temperatura das extremidades adequada em relação ao meio ambiente

Dependente na AV (Avaliação no Subcapítulo 2.2.)

AV Higiene Pessoal e Vestir-se

Higiene Pessoal realizada no leito ou maca-banheira

Vestir-se realizado no leito antes do levantar para a cadeira de rodas.

São colocadas meias elásticas.

Risco de Úlcera de Pressão (Escala de Braden) → Score 13 - Alto Risco

Data 3/10/2016							SCORE 13 Alto Risco	Integridade da Pele: Pele e mucosas hidratadas Úlceras de Pressão: Ausente Ferida: Local de inserção de antiga jejunostomia (flanco esquerdo abdominal em cicatrização – tecido epitelial)
ESCALA DE BRADEN	Perceção sensorial	2	Capacidade de reação significativa de desconforto	Mobilidade	2	Capacidade de alterar e controlar a posição do corpo		
	1.Completamente limitada 2.Muito Limitada 3.Ligeiramente Limitada 4.Nenhuma Limitação			1.Completamente imobilizado 2.Muito limitada 3.Ligeiramente limitada 4.Nenhuma limitação				
	Humidade		Nível de exposição da pele à humidade	Nutrição	3	Alimentação habitual		
	1.Pele constantemente húmida 2.Pele muito húmida 3.Pele ocasionalmente húmida 4.Pele raramente húmida			1.Muito pobre 2.Provavelmente inadequada 3.Adequada 4.Excelente				
Avaliação do risco de úlcera de pressão	Atividade	1	Nível de atividade física	Fricção e Forças de Deslizamento	1			
	1.Acamado 2.Sentado 3.Andar ocasionalmente 4.Andar frequentemente			1.Problema 2.Problema potencial 3.Nenhum problema				

AV Trabalhar e divertir-se	Quando em repouso no leito permanece ocupado a ver televisão sendo que se coloca a cama em posição adequada para que este visualize e assim cumprindo a alternância de decúbitos
	Quando sentado na cadeira de rodas distrai-se principalmente com a visualização de vídeos e redes sociais no telemóvel
	Visitas regulares de familiares e amigos
Dependente na AV (Avaliação no Subcapítulo 2.2.)	
AV Mover-se	Levante para a cadeira de rodas realizado com elevador
	Cadeira de Rodas com espaldar alto e colocação de superfície de trabalho à frente do cliente
	Escala de Avaliação do Tónus Muscular - Escala de <i>Asworth</i> (ANEXO II)
	Avaliação da Força - Escala de <i>Lower</i> (ANEXO II) Avaliação do Equilíbrio (escala em vigor na UVM adaptada) – ANEXO II
AV Expressar a sexualidade	Casado mas após o acidente encontra-se em processo de separação da esposa vendo esporadicamente os filhos
	Não questiona a temática da sexualidade
	Não relaciona a temática da sexualidade com a capacitação de realizar outras AV's
AV Dormir	Dorme cerca de 7/8 horas por noite
	Apresenta períodos de sono diurno
AV Morrer	Não verbaliza dúvidas relativamente à sua situação atual ou futura
	Risco de complicações por internamento prolongado

Verbaliza grandes expectativas para continuidade do seu projeto de vida com a possibilidade de conseguir ir para um centro de medicina e reabilitação

2.2. ESCALA DE AVALIAÇÃO DAS AV'S

2.2.1. Escala Modificada de Barthel ⁷³ (Avaliação 03/10/2016)

Alimentação

1. Dependente em todos os aspetos e necessita ser alimentado.
2. Pode manipular os utensílios para comer, usualmente a colher, porém necessita de assistência constante durante a refeição
3. Capaz de comer com supervisão. Requer assistência em tarefas associadas, como colocar açúcar no chá, adicionar sal e pimenta, passar manteiga, virar o prato ou montar a mesa.
- 4. Independência para se alimentar um prato previamente montado, sendo a assistência necessária para, por exemplo, cortar carne, abrir uma garrafa ou um frasco. Não é necessária a presença de outra pessoa.**
5. O cliente pode alimentar-se de um prato quando alguém coloca os alimentos ao seu alcance. Mesmo tendo necessidade de algum equipamento de apoio, é capaz de cortar carne, serve-se de temperos, etc.

Transferências (cadeira/cama)

- 1. Incapaz de participar da transferência. São necessárias duas pessoas para transferir o cliente com ou sem auxílio mecânico.**
2. Capaz de participar, porém necessita de máxima assistência de outra pessoa em todos os aspetos da transferência.
3. Requer assistência de outra pessoa para transferir-se.
4. Requer a presença de outra pessoa, supervisionando, como medida de segurança.
5. O cliente pode, com segurança, aproximar-se da cama com a cadeira de rodas, travar, retirar o apoio dos pés, mover-se para a cama, deitar, sentar ao lado da cama, mudar a cadeira de rodas de posição, e voltar novamente para cadeira com segurança. O cliente deve ser independente em todas as fases da transferência.

Higiene Pessoal

- 1. O cliente é incapaz de realizar higiene pessoal sendo dependente em todos os aspetos.**
2. Necessita de assistência em todos os passos da higiene pessoal.
3. Alguma assistência e necessária em um ou mais passos da higiene pessoal.
4. É capaz de conduzir a própria higiene, mas requer mínima assistência antes e/ou depois da tarefa.
5. Cliente lava as mãos e face, limpa os dentes e consegue barbear, pentear ou maquilhar-se.

Uso do sanitário

- 1. Totalmente dependente no uso sanitário.**
2. Necessita de assistência no uso sanitário.
3. Pode necessitar de assistência para despir ou vestir, para transferir-se para a sanita ou para lavar as mãos.
4. Por razões de segurança, pode necessitar de supervisão no uso do sanitário.

⁷³ Apóstolo, J. (2012) – **Instrumentos para Avaliação em Geriatria**. Coimbra. Documento de apoio para os estudantes no desenvolvimento do Ensino Clínico de Enfermagem de Saúde do Idoso e Geriatria no ano lectivo de 2008/2009 na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.

5. O cliente é capaz de se dirigir e sair do sanitário, vestir-se ou despir-se, cuida-se para não se sujar e pode utilizar papel higiênico sem necessidade de ajuda.

Banho

1. Totalmente dependente.

2. Requer assistência em todos os aspetos do banho.
3. Requer assistência para transferir-se, lavar-se e/ou secar-se; incluindo a incapacidade em completar a tarefa pela condição ou doença.
4. Requer supervisão por segurança no ajuste da temperatura da água ou na transferência.
5. O cliente deve ser capaz de realizar todas as etapas do banho, mesmo que necessite de equipamentos, mas não necessita que alguém esteja presente.

Deambulação (Não pontue esta categoria caso o cliente utilize cadeira de rodas)

1. Totalmente dependente para deambular.
2. Necessita da presença constante de uma ou mais pessoas durante a deambulação.
3. Requer assistência de uma pessoa para alcançar ou manipular os dispositivos auxiliares.
4. É independente para deambular, porém necessita de auxílio para andar 50 metros ou supervisão em situações perigosas.
5. É capaz de assumir a posição ortostática, sentar e colocar os equipamentos na posição para o uso. Pode ser capaz de usar todos os tipos de dispositivos e andar 50 metros sem auxílio ou supervisão.

Cadeira de Rodas (Não se aplica aos clientes que deambulam)

1. Dependente para conduzir a cadeira de rodas.

2. Consegue conduzi-la em pequenas distâncias ou em superfícies lisas, porém necessita de auxílio em todos os aspetos.
3. Necessita da presença constante de uma pessoa e requer assistência para manipular a cadeira e transferir-se.
4. Consegue conduzir a cadeira por um tempo razoável e em solos regulares. Requer mínima assistência em espaços apertados.
5. Cliente é independente em todas as etapas relacionadas a cadeira de rodas (manipulação de equipamentos, condução por longos percursos e transferências).

Subir e descer escadas

1. O cliente é incapaz de subir escadas.

2. Requer assistência em todos os aspetos relacionados a subir escadas, incluindo assistência com os dispositivos auxiliares.
3. É capaz de subir e descer, porém não consegue carregar os dispositivos, necessitando de supervisão e assistência.
4. Geralmente, não necessita de assistência. Em alguns momentos, requer supervisão por segurança.
5. O cliente é capaz de subir e descer, com segurança, um lance de escadas sem supervisão ou assistência mesmo quando utiliza os dispositivos.

Vestir

1. O cliente é dependente em todos os aspetos do vestir e incapaz de participar das atividades.

2. É capaz de ter algum grau de participação, mas é dependente em todos os aspetos relacionados ao vestuário.
3. Necessita assistência para se vestir ou se despir.
4. Necessita assistência mínima para abotoar, prender o soutien, com os fechos, atar os sapatos, etc.
5. O cliente é capaz de vestir, despir, atar os sapatos, abotoar e colocar um colete ou órtese, caso eles sejam prescritos.

Controlo Intestinal

1. Não tem controlo de esfíncteres.

2. Tem incontinência, mas é capaz de assistir na aplicação de auxílios externos ou internos.

3. Não tem perdas durante o dia, porém à noite necessita de mecanismos de proteção ou providenciar dispositivos.
4. Geralmente não apresenta perdas, porém tem acidentes ocasionais ou necessita de assistência com dispositivos.
5. O cliente tem controlo de esfíncteres durante o dia e a noite e/ou é independente para realizar o esvaziamento.

Controlo Urinário

1. Apresenta incontinência urinária ou está algaliado.

2. Necessita de auxílio para assumir a posição apropriada para fazer as manobras de esvaziamento.
3. O cliente pode assumir a posição apropriada, mas não consegue realizar as manobras de esvaziamento ou limpar-se sem assistência e tem frequentes acidentes. Requer assistência com as fraldas e outros cuidados.
4. O cliente pode necessitar de supervisão e tem acidentes ocasionais.
5. Tem controlo urinário, sem acidentes.

Totalmente Independente = 100 pontos

Dependência Leve=76 a 99 pontos

Dependência Moderada=51 a 75 pontos

Dependência Severa=26 a 50 pontos

Dependência Total inferior a 25 pontos → PONTUAÇÃO 13 PONTOS

2.2.2. Medida de Independência Funcional (MIF)⁷⁴

		03/10/2016	17/10/2016	Níveis
Autocuidado	Higiene Pessoal	1	2	1 – Assistência Total (senão a tarefa não é realizada; a pessoa participa ≤ 25%) 2 – Assistência Máxima (a pessoa participa > 25% na tarefa mas não necessita de auxílio total) 3 – Assistência Moderada (a pessoa participa ≥ 50% da tarefa, sendo a assistência um simples toque para a execução da mesma) 4 – Assistência mínima (a pessoa participa ≥ 75%, sendo a assistência um simples toque para a execução da mesma) 5 – Supervisão ou Estrutura (necessita de supervisão ou comandos verbais sem necessidade de contato) 6 – Independência Modificada (realiza a tarefa com ajudas técnicas, necessitando de mais tempo mas sem contato ou supervisão)
	Alimentação	6	6	
	Banho	1	1	
	Vestir metade superior	1	1	
	Vestir metade inferior	1	1	
	Utilização do WC	1	1	
Controlo dos Esfíncteres	Vesical	1	1	
	Intestinal	1	1	
Mobilidade/Transferência	Cama/Cadeira/Cadeira de Rodas	1	1	
	Sanita	NT	NT	
	Duche/Banheira	NT	NT	
	Marcha/CR	1	1	

⁷⁴ Ministério da Saúde, 2011

Locomoção	Escadas	NT	NT	7 – Completa Independência (toda a tarefa que envolva uma atividade é realizada de maneira segura, sem recursos auxiliares, e dentro de um período razoável) Nota: Não deixar espaço por preencher. Se não testável colocar “NT”
Comunicação	Compreensão	7	7	
	Expressão	7	7	
Adaptação Psicossocial	Interação social	7	7	
Função Cognitiva	Resolução de problemas	7	7	
	Memória	7	7	
SCORE		50	51	

3. PLANO DE CUIDADOS (BASEADO NO MODELO DE VIDA DE NANCY ROPER)

PROBLEMAS IDENTIFICADOS E/OU POTENCIAIS	RESULTADOS ESPERADOS	INTERVENÇÕES	INICIO	AValiação	FIM
<p>Relacionado com AV Manter Ambiente Seguro e manifestado por:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Risco de Queda - Equilíbrio Instável - Risco de Infecção -Estado Emocional – não questiona a sua vida futura encontrando-se numa fase de negação 	<ul style="list-style-type: none"> ♦Prevenir e diminuir risco de queda ♦Promover um ambiente seguro ♦Prevenir e minimizar ocorrência de complicações infecciosas ♦Fortalecer musculatura para obtenção de equilíbrio sentado na cadeira de rodas ♦Promover uma adaptação saudável da sua situação atual ♦Promover a expressão de receios e medos do cliente em relação à sua situação atual 	<ul style="list-style-type: none"> - Aplicação do registo da escala de risco de queda (Escala de Morse) - Aplicação da escala de avaliação da consciência (Escala de Glasgow) - Avaliação do risco de úlcera de pressão (Escala de Braden) - Medidas de segurança no leito: elevação das grades da cama e baixar a cama -Medidas de segurança na transferência com elevador: permanência de duas pessoas, inspeção do material antes de ser utilizado e espaço físico sem obstáculos para a realização do levante -Medidas de segurança quando o cliente na cadeira de rodas: cadeira adequada ao cliente, apoio para os pés, apoio cervical e colocação de superfície de trabalho - Ensino sobre as medidas de segurança ao cliente - Ensino ao cliente e família sobre o controlo de infeção: lavagem das mãos, por exemplo - Reeducação funcional respiratória -Atividades terapêuticas na cama: rolar, ponte e rotação controlada da anca 	<p>3/10/2016</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliação da escala de risco de queda (Escala de Morse): 35, valor mantido em todas as avaliações desde o início do ensino clínico, não havendo ocorrência de queda - Avaliação da escala de Glasgow: 15, valor mantido em todas as avaliações do ensino clínico, não havendo flutuações de consciência - Manteve Score de 13 – Alto risco de Úlcera de Pressão – ao longo do internamento, não tendo apresentado úlcera de pressão adquirida no internamento - Atendendo às medidas de segurança definidas, o cliente não apresentou nenhuma queda - Ao longo do plano de intervenção o cliente foi gradualmente ganhando mais força muscular para realizar atividades no leito sendo que no momento da alta consegue realizar a ponte e o rolar, embora o último com dificuldade, principalmente lateralização para o lado esquerdo. Em relação à rotação controlada da anca necessita de ajuda total - Em todos os levantes foram consideradas as medidas de segurança aquando a utilização do elevador não havendo registo de queda - Quando sentado na cadeira de rodas foi considerada a sua adequação ao cliente – cadeira de rodas de espaldar alto - Quando sentado na cadeira de rodas colocada sempre a superfície de trabalho para prevenção de queda (diminuição do equilíbrio sentado) promovendo a realização de outras AV's como <i>Comer e beber e Trabalhar e Divertir-se</i> 	<p>18/10/2016</p>

	<ul style="list-style-type: none"> ♦Promover a inclusão do cliente no plano de cuidados de reabilitação ♦Aumentar a participação do cliente nas restantes AV's ao capacitá-lo a nível da AV Manter Ambiente Seguro 	<ul style="list-style-type: none"> -Execução de <i>Standing-frame</i> -Incentivado a verbalizar receios e medos sobre a sua condição -Utilização de técnica de comunicação como a escuta ativa, empatia, clarificação e reforço positivo -Estimulado a verbalizar os seus objetivos em relação à sua reabilitação. 		<ul style="list-style-type: none"> - Feito ensino ao cliente e família sobre as medidas de prevenção de infeção como a lavagem e desinfecção das mãos - Foi realizado <i>Standing frame</i> sem intercorrências - Ao longo das sessões o cliente foi verbalizando o receio de não voltar a ter autonomia embora demonstrando ainda pouca consciencialização da sua vida presente bem como futura 	
<p>Relacionado com AV Comunicar e manifestado por:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Diminuição da sensibilidade (ASIA B) - Diminuição da atividade motora (ASIA B) 	<ul style="list-style-type: none"> ♦Realizar avaliação neurológica segundo o padrão internacional – ASIA ♦Manter e/ou aumentar a atividade motora ♦Estimulação sensorial ♦Aumentar a participação do cliente nas restantes AV's ao capacitá-lo a nível da AV Comunicar 	<ul style="list-style-type: none"> - Aplicação da escala de avaliação neurológica segundo o padrão internacional – ASIA - Realização de Reeducação Motora com incidência nas mobilizações: passivas, ativas, ativas assistidas e ativas resistidas - Execução de estimulação sensorial -Reeducação funcional respiratória: consciencialização dos tempos respiratórios e dissociação dos mesmos, reeducação diafragmática com e sem resistência e reeducação costal global, por exemplo - Realização de atividades no leito, como a ponte, rolar e rotação controlada da anca - Realização de atividades na cadeira de rodas – <i>push-up</i> 	3/10/2016	<p>4/10/2016</p> <ul style="list-style-type: none"> - Realizada avaliação neurológica segundo o padrão internacional –ASIA (ANEXO I) - Cliente colabora em todos os exercícios e mantém-se sem complicações - Realizada avaliação neurológica segundo o padrão internacional no início do contato com o cliente e no momento da alta do mesmo, mantendo o mesmo nível - Inicialmente o cliente com dificuldades em realizar respiração diafragmática sendo que no final do internamento consegue realizar e com resistência com cerca de 0.5kg - Através da reeducação motora o cliente foi aumentado a força principalmente membro superior esquerdo (MSE) e membros inferiores (MI) sendo que interferiu positivamente na concretização das atividades no leito, o rolar e a ponte - Embora com aumento ligeiro do equilíbrio sentado na cadeira de rodas o cliente ainda demonstra dificuldade em 	18/10/2016

				<p>realizar <i>push-up</i> mas percebe a sua importância para a prevenção de úlcera de pressão sendo que no momento da alta o próprio pede a nossa colaboração para o realizar</p> <p>- Ao longo do plano de intervenção o cliente foi gradualmente ganhando mais força muscular para realizar atividades no leito sendo que no momento da alta consegue realizar a ponte e o rolar, embora o último com dificuldade, principalmente lateralização para o lado esquerdo. Em relação à rotação controlada da anca necessita de ajuda total</p>	
<p>Relacionado com a AV Respirar e manifestado por:</p> <p>- Risco de alteração hemodinâmica</p> <p>- Risco de episódio de disreflexia autônoma (DA)</p>	<p>♦Prevenir alterações hemodinâmicas</p> <p>♦Prevenir complicações da imobilidade (estase venosa, trombose venosa profunda e alterações musculoesqueléticas)</p> <p>♦Prevenir ocorrência de episódio de DA</p> <p>♦Aumentar a participação do cliente nas restantes AV's ao capacitá-lo a nível da AV Respirar</p>	<p>- Avaliação dos sinais vitais antes e depois do levantar</p> <p>- Utilização de meias elásticas aquando do levantar</p> <p>- Ensino ao cliente sobre a necessidade de utilizar meias elásticas</p> <p>- Despiste de potenciais riscos que promovam episódio de DA, como, permeabilidade da drenagem vesical, obstipação e pregas da roupa do cliente</p> <p>- Ensino do cliente sobre sinais e sintomas da DA</p> <p>- Realização de reeducação motora</p> <p>- Realização de reeducação funcional respiratória</p>	<p>3/10/2016</p>	<p>- Cliente apresentou-se hemodinamicamente estável em todas as avaliações</p> <p>- O cliente nunca apresentou nenhum episódio de DA</p> <p>- Utilização de meias elásticas em todos os levantes sendo que o cliente percebe a necessidade das mesmas bem como no final do contato com o mesmo, este ajuda na colocação das mesmas pelo aumento da força nos membros inferiores e membro superior esquerdo</p> <p>- O cliente colabora nos exercícios de reeducação motora aumentando assim a sua força bem como amplitude articular</p> <p>- Inicialmente o cliente com dificuldades em realizar respiração diafragmática sendo que no final do internamento consegue realizar e com resistência com cerca de 0.5kg-1kg</p> <p>- Ao longo das intervenções o cliente nunca apresentou agravamento da função respiratória</p>	<p>18/10/2016</p>
<p>Relacionado com a AV Comer e beber e manifestado por:</p>	<p>♦Manter e/ou diminuir a sua dependência na AV Comer e Beber</p>	<p>- Realização do levantar para cadeira de rodas nas horas de refeição</p> <p>- Colocação de superfície de trabalho quando sentado na cadeira de rodas</p> <p>- Dispor o tabuleiro da alimentação de maneira acessível em frente ao cliente</p>	<p>3/10/2016</p>	<p>- Foi realizado levantar para a cadeira de rodas nas horas das refeições permitindo assim que este conseguisse alimentar parcialmente sozinho através do dispositivo de compensação colocado na mão esquerda</p> <p>- O cliente diminui a ingestão de doces bem como a família ofereceu apenas esporadicamente</p>	<p>18/10/2016</p>

<p>- Risco de padrão alimentar incorreto</p> <p>- Parcialmente dependente</p>	<p>♦Manter e/ou aumentar a coordenação do MSE que lhe permite alimentar-se</p> <p>♦Manter e/ou aumentar a capacidade de preensão ao nível do MSE</p> <p>♦Promover uma alimentação adequada</p> <p>♦Aumentar a participação do cliente nas restantes AV's ao capacitá-lo a nível da AV Comer e Beber</p>	<p>- Cliente incentivado a utilizar dispositivo de compensação sempre que se alimentar</p> <p>- Colocação da garrafa de água em local acessível</p> <p>- Reeducação Motora com incidência no MSE</p> <p>- Promoção de exercícios ao nível da mão esquerda</p> <p>-Ensino sobre alimentação principalmente na diminuição da ingestão de doces</p>		<p>- Cliente realiza reforço hídrico (cerca de 2l/dia)</p> <p>- Cliente apresenta aumento da força do MSE permitindo maior autonomia na alimentação do mesmo através do dispositivo de compensação</p> <p>-Cliente quando sozinho realizou exercícios com bola ao nível da mão esquerda, estimulando a sensibilidade e força da mesma</p>	
<p>Relacionado com a AV Eliminar e manifestado por:</p> <p>- Risco de infeção por algaliação permanente</p> <p>- Risco de obstipação</p> <p>- Risco de DA</p>	<p>♦Promover um padrão de eliminação intestinal eficaz</p> <p>♦Prevenir complicações da algaliação permanente</p> <p>♦Prevenir ocorrência de episódio de DA</p> <p>♦Prevenção de alteração da</p>	<p>- Realização de treino intestinal protocolado no serviço</p> <p>- Aplicação da escala de risco de úlcera de pressão – Escala de Braden</p> <p>- Vigilância de timpanismo e distensão abdominal</p> <p>- Vigiar permeabilidade da drenagem vesical</p> <p>- Vigiar eliminação intestinal e vesical</p> <p>- Despiste sobre potenciais riscos de episódio de DA, como impermeabilidade da drenagem vesical e fecalomas</p> <p>- Ensino sobre estes potenciais riscos ao cliente</p> <p>- Ensino sobre reforço hídrico;</p>	<p>3/10/2016</p>	<p>- Treino intestinal (2/2 dias) eficaz em todas as avaliações</p> <p>- Abdómen manteve-se mole, depressível e sem dor</p> <p>- Cliente realiza reforço hídrico (cerca de 2l/dia)</p> <p>- O cliente nunca apresentou nenhum episódio de DA</p> <p>- Cliente não controla a eliminação intestinal mas verbaliza quando é necessário mudar fralda prevenindo assim lesões da pele</p> <p>- Manteve Score de 13 – Alto risco de Úlcera de Pressão – ao longo do internamento, mas nunca apresentou úlcera de pressão adquirida no internamento</p> <p>7/10/2016</p> <p>-Urina com sedimentos e pelo aumento da espasticidade que o cliente apresentou foi colhida urocultura positiva a <i>Pseudomonas Aeruginosa</i></p>	<p>18/10/2016</p>

	<p>integridade cutânea a nível genital e perianal</p> <p>♦Melhorar a auto-imagem e confiança do cliente</p> <p>♦Aumentar a participação do cliente nas restantes AV's ao capacitá-lo a nível da AV Eliminar</p>	<p>- Contabilização dos débitos urinários do cliente</p> <p>- Vigilância das características da urina e fezes</p> <p>- Ensino sobre a necessidade da limpeza perianal se cliente sentir perda intestinal</p>		<p>18/10/2016</p> <p>- No momento da alta, cliente colheu nova urocultura encontrando-se negativa – urina límpida e sem sedimento</p>	
<p>Relacionado com a AV</p> <p>Higiene pessoal e vestir-se e manifestado por:</p> <p>- Risco de Úlcera de Pressão (UP)</p> <p>- Dependente na AV</p>	<p>♦Manter e/ou diminuir a dependência na AV</p> <p>♦Promover o máximo de autonomia do cliente na AV</p> <p>♦Promover conforto e bem-estar</p> <p>♦Prevenir ocorrência de UP</p> <p>♦Aumentar a participação do cliente nas restantes AV's ao capacitá-lo a nível da AV Higiene Pessoal e Vestir-se</p>	<p>- Aplicação da escala de risco de UP (escala de Braden) segundo protocolado no serviço</p> <p>- Posicionamento do cliente no leito 3/3h</p> <p>- Ensino ao cliente sobre a necessidade dos posicionamentos regulares</p> <p>- Incentivo à utilização de dispositivos de alívio de pressão – almofadas - nos posicionamentos</p> <p>- Realização de push-up quando cliente na cadeira de rodas</p> <p>- Ensino ao cliente sobre medidas de prevenção de UP e da importância de uma ingesta proteica e de hidratação adequadas</p> <p>- Realização dos cuidados de higiene na maca-banheira, sempre que possível</p> <p>- Inspeção da integridade da pele</p> <p>- Utilização dos produtos de higiene no cliente</p> <p>- Capacitação do cliente em realizar a higiene da face com o MSE</p>	<p>3/10/2016</p>	<p>- Avaliação da escala de risco de UP (escala de Braden): 13, Alto Risco, em todas as avaliações</p> <p>- Sem alteração da integridade cutânea</p> <p>- Cliente realiza alternância de decúbitos com ajuda total percebendo a sua importância</p> <p>- Foi realizado o banho na maca-banheira (sempre que possível) com agrado do mesmo sendo que demonstrou-se mais colaborante nestes momentos</p> <p>- Cliente demonstrou-se mais preocupado com a sua imagem corporal durante o internamento principalmente com o uso do vestuário, aplicação de creme e de desodorizante</p> <p>- Realizado levante para a cadeira de rodas em todos os turnos com agrado do cliente como também a seu pedido</p> <p>- Realizados <i>push-up</i> na cadeira de rodas muitas das vezes a pedido do cliente devido ao ensino sobre a importância da realização destes</p> <p>- Aquando do banho o cliente foi sempre incentivado a ajudar na sua higiene sendo que no final do contato com o mesmo este lavava a face com MSE bem como segurava no chuveiro</p> <p>- Foi realizado, sempre que possível, <i>standing-frame</i>, com agrado do cliente para aumentar a consciencialização da sua auto-imagem bem como o tónus, sensibilidade e força</p>	<p>18/10/2016</p>

		<ul style="list-style-type: none"> - Realização de exercícios no leito – ponte e rolar - Reeducação motora - Realização de <i>Standing-frame</i> 			
<p>Relacionado com a AV Mover-se e manifestado por:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mobilidade reduzida - Equilíbrio instável - Risco de aumento da espasticidade/alterações músculo-esqueléticas 	<ul style="list-style-type: none"> ♦Manter e/ou aumentar força muscular e tônus muscular dos MS's, MI's e região cervical ♦Diminuir instabilidade ao nível do equilíbrio - Prevenir complicações da imobilidade (TVP, estase venosa, contraturas, rigidez e/ou espasticidade) ♦Aumentar a participação do cliente nas restantes AV's ao capacitá-lo a nível da AV Mover-se ♦ Gestão da dor ao nível do ombro direito 	<ul style="list-style-type: none"> - Reeducação funcional respiratória - Reeducação motora – mobilizações - Ensino sobre a importância de realizar exercícios - Realização de treino de equilíbrio com elevação da cabeceira a 80° - Avaliação da força muscular em cada segmento corporal e movimento e seu registo - Avaliação do tônus muscular dos membros superiores e inferiores e seu registo - Incentivo ao cliente para automobilização ativa - Incentivo ao levantar para a cadeira de rodas - Realização de atividades no leito, como a ponte, rolar e rotação controlada da anca - Controlo da dor ao nível do ombro direito 	<p>3/10/2016</p>	<p>3/10/2016</p> <p>- Apresenta força de 2/5 (Escala de Lower – ANEXO II) ao nível dos segmentos Cabeça e Pescoço e seus movimentos. Ao nível do MSE realizadas mobilizações ativas assistidas da extensão/flexão do ombro e cotovelo; os dedos da mão com sensibilidade mas “em garra” tendo sido realizadas mobilizações passivas com amplitude articular (AA) diminuída aquando da flexão e não demonstrando movimento de oponência; restantes segmentos corporais e movimentos mobilizações passivas. Ao nível do membro superior direito (MSD) com força 1/5 ou 0/5 (escala de Lower) mas com boa AA – mobilizações passivas. Ao nível do MI's com força 1/5 ou 2/5 (escala de Lower) tendo sido realizadas mobilizações passivas embora na extensão coxo-femural e joelho demonstra-se mobilizações ativas; mobilizações ativas da tibio-tarsica e flexão/extensão dos dedos</p> <p>4/10/2016</p> <ul style="list-style-type: none"> - MSE – manteve a mesma avaliação exceto: mobilizações ativas assistidas do punho na extensão/flexão; mobilizações ativas do polegar mas sem oponência - MSD – mobilizações passivas sem alterações em relação anterior avaliação - MI's – mobilizações ativas assistidas na flexão extensão coxo-femural e joelho e ao nível dos dedos, sem outras alterações - Realizada avaliação neurológica segundo o padrão internacional –ASIA (ANEXO I) <p>7/10/2016</p> <ul style="list-style-type: none"> - MSE – mobilizações ativas assistidas na extensão/flexão do ombro e cotovelo, abdução/adução do ombro, flexão/extensão do punho sendo restantes segmentos corporais realizadas mobilizações passivas. Mas apresenta 	<p>18/10/2016</p>

			<p> mobilização ativa do polegar conseguindo realizar oponencia com o 2ºdedo - MSD – manteve a mesma avaliação exepcto na adução do ombro tendo sido realizado mobilizações ativa assistidas. Verbalizou dor ao nível do ombro às mobilizações demonstrando também menor AA. - MI's – mantem a mesma avaliação anterior </p> <p> 8/10/2016 - Confirmação de administração de analgesia prescrita antes da realização de mobilizações (dor no ombro direito) - Sem alterações ao nível das mobilizações do MS's. Mantém diminuição da AA ao nível do ombro direito não tendo sido realizadas grande intensidade nos movimentos bem como amplitude MI's – mobilizações ativas resistidas na extensão do joelho e coxo-femural mantendo restante avaliação anterior - Cliente refere diminuição do tónus muscular ao nível da mão esquerda como também das parestesias </p> <p> 10/10/2016 - MSE – mantém avaliação anterior - MSD – mobilizações passivas em todos os segmentos e movimentos exceto no movimento de extensão dos dedos e movimentos do polegar onde foi realizado mobilizações ativas assistidas. Mantém diminuição da AA do ombro pela dor. - MI's – mantém avaliação anterior Cliente referiu ao longo desta sessão aumento do tónus nos membros inferiores e MSE (principalmente a mão) revelando mais espasmos ao longo dos exercícios </p> <p> 11/10/2016 - MSE – mantém avaliação anterior - MSD – mobilizações passivas exceto na flexão do punho, extensão dos dedos e supinação do antebraço (mobilizações ativas assistidas). Mantém dor (embora </p>	
--	--	--	--	--

			<p>mais controlada com analgesia) do ombro direito, com diminuição da AA (não mais de 90°)</p> <ul style="list-style-type: none"> - MI's – mantém avaliação anterior - Realizou ressonância magnética ao ombro direito não apresentando resultados relevantes ou alterações <p>17/10/2016</p> <ul style="list-style-type: none"> - MSE – mobilizações ativas assistidas em todos os segmentos corporais e movimentos exceto desvio radial/cubital do punho, extensão/flexão dos dedos. Mantém movimento do polegar conseguindo realizar oposição com o 2ºdedo - MSD – mobilizações passivas exceto na extensão, pronação e supinação do antebraço, extensão do punho e dedos onde foram realizadas mobilizações ativas assistidas - MI esquerdo (MIE)– mobilizações ativas resistidas na extensão coxo-femural e joelho, ativas assistidas na adução, rotação interna, flexão plantar e extensão dos dedos sendo os restantes segmentos e movimentos realizadas mobilizações passivas - MI Direito (MID) – demonstra ligeiro aumento de força em relação ao MIE na extensão coxo-femural e joelho nas mobilizações ativas resistidas sendo a restante avaliação igual ao MIE - Cliente demonstra-se com diminuição do tônus muscular principalmente ao nível da mão esquerda como também verbaliza diminuição das parestesias - Verbaliza menos dor ao nível do ombro direito <ul style="list-style-type: none"> - Em todas as sessões o cliente demonstrou-se participativo em realizar reeducação respiratória bem como na reeducação motora - Aumento da força dos membros inferiores e MSE permitiu que o cliente aumentasse a sua autonomia em outras AV's como o <i>Comer e Beber, Higiene Pessoal e Vestir-se, Trabalhar e Divertir-se</i>, por exemplo - Aumentou a sua capacidade de rolar e realizar a ponte no leito com ajuda parcial de terceiros enquanto na rotação 	
--	--	--	--	--

				<p>controlada da anca ainda necessita de ajuda total no exercício</p> <p>- Manteve ausência de equilíbrio dinâmico mas com ligeiro aumento de equilíbrio estático quando sentado na cadeira de rodas (ANEXO II)</p> <p>- Cliente autonomamente realizou mobilizações ativas do MSE bem como treino de preensão da mão esquerda após ensino (com bola)</p> <p>- A gestão da medicação analgésica em relação à dor sentida no ombro direito antes das sessões demonstrou melhoria gradual da intensidade e com melhor tolerância aos exercícios.</p> <p>- Houve um aumento de espasticidade entre sessões relacionado com história de infeção urinária tendo feito antibioterapia dirigida e que gradualmente teve melhoria – Escala de <i>Ashworth</i> (ANEXO II)</p>	
<p>Relacionado com a AV Trabalhar e divertir-se e manifestado por:</p> <p>-Incapacidade atual para retomar a atividade laboral</p> <p>-Restrição na participação de atividades sociais e de lazer</p>	<p>♦Promover uma gestão saudável das suas expectativas em relação à sua reabilitação</p> <p>♦Promover a expressão de medos e receios</p> <p>♦Incluir a família no plano de reabilitação</p> <p>♦Aumentar auto-estima do cliente</p> <p>♦Promover atividades lúdicas</p> <p>♦Aumentar a participação do cliente nas restantes</p>	<p>- Desenvolvimento de uma relação de confiança com o cliente baseada na sinceridade;</p> <p>- Promoção de um ambiente seguro onde o cliente verbalizou medos e receios</p> <p>- Desenvolvimento de objetivos claros e realistas ao longo do plano de reabilitação com o cliente</p> <p>- Incentivo à interação com os familiares e amigos</p> <p>- Estimulo ao levantar para a cadeira de rodas para conviver com as visitas</p> <p>- Ensino à família sobre posicionamentos, alimentação e prevenção de úlcera de pressão</p> <p>- Conhecimento das condições habitacionais</p> <p>- Disponibilização da televisão e do telemóvel</p>	<p>3/10/2016</p>	<p>- Foi estabelecida uma relação de confiança com o cliente</p> <p>- Cliente pouco comunicativo quando abordado a sua situação familiar por se encontrar num processo de separação da esposa não sendo possível ter um conhecimento das condições físicas do seu domicílio</p> <p>- Feito levantar para a cadeira de rodas quando a família estava presente com agrado do cliente e aumentando a sua interatividade com as visitas</p> <p>- Sempre que possível foi disponibilizado a televisão</p> <p>- Cliente teve sempre acesso ao telemóvel conseguindo manipulá-lo com o MSE</p> <p>- Mãe interessada sobre os cuidados tendo sido realizado ensino sobre alimentação, prevenção de infeção e posicionamentos</p> <p>- Cliente ainda pouco consciencializado da sua situação futura sendo que inicialmente estipulava objetivos pouco realista em pouco tempo mas gradualmente foi percebendo a necessidade de estabelecer objetivos mais objetivos e alcançáveis mas sempre incentivado a manter a esperança</p>	<p>18/10/2016</p>

	AV's ao capacitá-lo a nível da AV Trabalhar e divertir-se				
Relacionado com a AV Exprimir a sexualidade e manifestado por: - Dependente de terceiros em todas as AV's - Diminuição da sua auto-imagem -Afastamento da convivência íntima com a sua parceira, familiares e amigos	♦Promover a expressão de receios em relação à sua vida atual como futura ♦Promover o convívio com pessoas significativas ♦Aumentar auto-estima do cliente ♦Aumentar a participação do cliente nas restantes AV's ao capacitá-lo a nível da AV Exprimir a Sexualidade	- Desenvolvimento de uma relação de confiança com o cliente baseada na sinceridade - Promoção de um ambiente seguro onde o cliente verbalizou medos e receios - Incentivo à interação com os familiares e amigos - Realização de atividades que promovam aumento da consciencialização da sua imagem corporal, como por exemplo, <i>standing-frame</i> - Capacitação do cliente em AV que aumentem a sua auto-imagem corporal, auto-estima e auto-conceito como por exemplo, higiene pessoal e vestir-se e mover-se - Introduzir o modelo PLISSIT - Esclarecer dúvidas do cliente em relação à sua sexualidade - Encaminhar o cliente, se necessário, para ajuda especializada na área da sexualidade	3/10/2016	- Ao longo do internamento o cliente foi incentivado para a capacitação da lavagem da cara autonomamente sendo que no fim consegue realizar - Pede os produtos de higiene, como o desodorizante e perfume, para se sentir mais confortável - Foi realizado sempre que possível o <i>standing frame</i> para aumento da auto-imagem com agrado do cliente - Cliente mais participativo na AV Higiene Pessoal e Vestir-se - Quando abordada a situação familiar o cliente demonstrava-se pouco comunicativo não tendo sido pressionado a falar sobre a questão mas foi demonstrada disponibilidade para este o fazer quando sentisse vontade 11/10/2016 a 18/10/2016 - Foi introduzido o Modelo PLISSIT mas apenas o primeiro e segundo nível – Permissão e Informação Limitada – onde o cliente abordou algumas preocupações sobre a possibilidade de voltar a ter uma vida sexual ativa. Foi demonstrado ao cliente que seria possível bem como informado o mesmo sobre a importância da capacitação de outras AV's para uma vida sexual satisfatória segundo os seus parâmetros	18/10/2016
AV Controlo da temperatura corporal	Sem alterações.				
Relacionado com a AV Morte e manifestado por: - Projeto de vida comprometido	♦Promover a expressão de receios em relação à sua vida futura ♦Prevenir complicações	- Desenvolvimento de uma relação de confiança com o cliente baseada na sinceridade - Promoção de um ambiente seguro onde o cliente verbalize seus medos e receios	3/10/2016	- O cliente verbaliza poucos receios em relação ao seu futuro - Cliente com grandes expectativas para possível reencaminhamento para um Centro de Reabilitação tendo sido enaltecido o grande percurso que ainda iria percorrer para alcançar os seus objetivos	18/10/2016

<ul style="list-style-type: none"> - Lidar com expectativas - Risco de complicações e agravamento do estado geral 	<ul style="list-style-type: none"> ♦Realizar nota de alta do cliente ♦Aumentar a participação do cliente nas restantes AV's ao capacitá-lo a nível da AV Morte 	<ul style="list-style-type: none"> -Informar o cliente de todos os procedimentos a realizar - Esclarecer dúvidas que o cliente apresente sobre o seu estado atual de doença encaminhando quando necessário para outros técnicos de saúde especializados (como médico assistente, psicólogo) - Prevenção e controlo de infeção hospitalar (como lavagem das mãos) - Prevenção de quedas e úlceras de pressão - Demonstrar ao cliente o porquê das intervenções de enfermagem de reabilitação - Desenvolvimento de objetivos claros e realistas ao longo do plano de reabilitação com o cliente - Gestão de expectativas do cliente em relação ao encaminhamento para um Centro de Reabilitação - Realização da nota de alta do cliente 		<ul style="list-style-type: none"> - Enaltecida a necessidade de manter os seus objetivos para uma vida futura mais autónoma - Cliente foi informado de todos os procedimentos - Cliente não apresentou nenhuma queda ou úlcera de pressão adquirida no internamento - Compreende a necessidade de manter algumas medidas a fim de evitar internamentos e complicações do seu estado de saúde, pelo que demonstra motivação em manter exercícios de treino motor e respiratório <p>7/10/2016</p> <ul style="list-style-type: none"> -Urina com sedimentos e pelo aumento da espasticidade que o cliente apresentou foi colhida urocultura positiva a <i>Pseudomonas Aeruginosa</i> <p>18/10/2016</p> <ul style="list-style-type: none"> - No momento da alta, cliente colheu nova urocultura encontrando-se negativa – urina límpida e sem sedimento -Realizada carta de alta do cliente para o hospital de residência onde iria permanecer até ser reencaminhado para um centro de reabilitação (ANEXO III) 	
AV Dormir	Sem alterações.				

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Apóstolo, J. (2012). *Instrumentos para Avaliação em Geriatria*. Coimbra. Documento de apoio para os estudantes no desenvolvimento do Ensino Clínico de Enfermagem de Saúde do Idoso e Geriatria no ano letivo de 2008/2009 na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. Disponível em: http://web.esenfc.pt/v02/include/download.php?id_ficheiro=20538&codigo=688697509
- Oliveira, J.P. (2011). *Hérnia discal lombar: Programa de Reabilitação Pós-Cirúrgico*. Tese de mestrado. Disponível no RCAAP: <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/57148/2/HRNIA%20%20Joo%20Oliveira%20DISCAL%20LOMBAR%20Programa%20de%20Reabilitao%20Pscirrgico.pdf>;
- Menoita, E. (2014). *Reabilitar a Pessoa Idosa com AVC: Contributos para um envelhecer resiliente*. Loures: Lusociência.
- Ministério da Saúde (2011). *Norma 054/2011: Acidente Vascular Cerebral: Prescrição de Medicina Física e de Reabilitação*. Lisboa: Direcção-Geral de Saúde.
- Nogueira, F., Morais, D., Adry, R., Cohen, M., Chaves, R., Rufca, G.,...Junior, S. (2011). Corpectomia da coluna toracolombar com colocação de *cage* por acesso único via posterior: técnica cirúrgica e resultados de seis pacientes. *Coluna/Columna*. 10 (2). 97-101. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/coluna/v10n2/03.pdf>.
- Santos, J., Kemp, R., Sankarankutty, A., Junior, W.S., Tirapelli, L., Castro e Silva Júnior, O. (2011). Gastrostomia e jejunostomia: ostomia e jejunostomia: ostomia e jejunostomia: aspectos da e aspectos da evolução técnica e evolução técnica e da ampliação das indicações da ampliação das indicações. *Medicina (Ribeirão Preto)*. 44(1). 39-50. Disponível em: http://revista.fmrp.usp.br/2011/vol44n1/Simp4_Gastrostomia_e_jejunostomia%20atual.pdf.
- Sousa, C., Silva, L., Santos, C., Silva, E. & Figueiredo, J. (2010). Artrodese Cervical C1-C2 pelas técnicas de Harms e Magerl. *Coluna/Columna*. 9 (3). 287-292. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/coluna/v9n3/07.pdf>.
- Zabeu, J. & Mercandante, M. (2008). Substitutos ósseos comparados ao enxerto ósseo autólogo em cirurgia ortopédica – revisão sistemática da literatura. *Revista Brasileira de Ortopedia*. 43 (3). 59-68. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbort/v43n3/a02v43n3.pdf>.

ANEXOS

ANEXO I – Avaliação Neurológica (ASIA)

Nome do Utente _____ Data / Hora do Exame _____
 Nome do Examinador _____



PADRÕES INTERNACIONAIS DE CLASSIFICAÇÃO NEUROLÓGICA DE LESÃO MEDULAR ISCAS

	D	E	
C5	1	3	Flexores do cotovelo
C6	2	3	Extensores do punho
C7	1	3	Extensores do cotovelo
C8	1	1	Flexores dos dedos (falange distal do dedo médio)
T1	1	1	Abdutores dos dedos (5º dedo)
MEMBRO SUPERIOR			
TOTAL (MÁXIMO)	6	11	17
	(25)	(25)	(50)

Comentários:

	D	E	
L2	2	2	Flexores da anca
L3	2	2	Extensores do joelho
L4	3	3	Dorsiflexores do tornozelo
L5	3	3	Extensores do 1º dedo
S1	3	3	Flexores plantares do tornozelo

(CAV) Contração anal voluntária (Sim / Não)

NAO

	D	E	
TOTAL (MÁXIMO)	13	13	26
	(25)	(25)	(50)

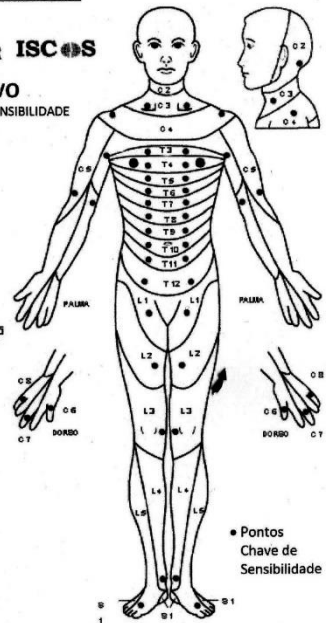
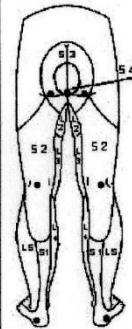
MEMBRO INFERIOR

	TOQUE LEVE		TOQUE AGULHA	
	D	E	D	E
C2	2	2	2	2
C3	2	2	2	2
C4	2	2	2	2
C5	2	2	2	1
C6	2	2	2	1
C7	2	1	2	2
C8	2	2	2	1
T1	2	1	2	1
T2	2	1	2	1
T3	2	1	2	0
T4	2	0	2	0
T5	2	0	2	0
T6	2	0	2	0
T7	2	1	2	0
T8	1	1	1	0
T9	1	0	1	0
T10	1	0	1	0
T11	1	0	1	0
T12	1	0	1	0
L1	1	0	1	1
L2	1	0	1	1
L3	1	0	1	1
L4	1	0	1	1
L5	1	0	1	1
S1	1	0	1	1
S2	1	0	1	1
S3	1	0	1	1
S4-S	1	1	1	1
TOTALS (MÁXIMO)	42	19	36	23
	(56)	(56)	(56)	(56)

SENSITIVO

PONTOS CHAVE DE SENSIBILIDADE

0 = ausente
 1 = alterado
 2 = normal
 NT = não testável



(SAP) Sensação anal profunda (Sim/Não) **SIM**

SCORE TOQUE AGULHA (mac112) **36 + 23 = 59**

SCORE TOQUE LEVE (mac112) **61**

NÍVEL NEUROLÓGICO	SENSITIVO	D	E	NÍVEL NEUROLÓGICO ÚNICO	COMPLETA OU INCOMPLETA?	ZONA DE PRESERVAÇÃO	SENSITIVA	D	E
Segmento mais caudal com função normal	MOTOR			C4	INCL	PARCIAL	MOTORA		

Este modelo poderá ser copiado mas não deverá ser alterado sem a permissão da American Spinal Cord Injury Association.

REV 05/13

Escala de Avaliação do Tônus Muscular - Escala de *Asworth*⁷⁵

	3/10/2016		7/10/2016		11/10/2016		18/10/2016	
	E	D	E	D	E	D	E	D
Membro Superior	1	H	1	1	1	1+	1	1+
Membro Inferior	2	2	2	2	1+	1+	1	1

Legenda:
E – Esquerdo
D – Direito

H – Hipotonia

Espasticidade classificada por:

0 – Tônus normal

1 – Ligeiro aumento do tônus muscular, expressado por uma tensão repentina ou por resistência mínima, no final da amplitude do movimento articular (ADM) quando a área é movida em flexão ou extensão (Hipertonia muito ligeira)

1+ - Ligeiro aumento do tônus muscular, manifestado por tensão repentina, seguida de resistência mínima em menos da metade da ADM excedente (mínima resistência durante todo o movimento)

2 – Aumento mais relevante do tônus muscular, durante a maior parte da ADM, mas a região é movida facilmente

3 – Considerável aumento do tônus muscular sendo o movimento passivo difícil

4 – Parte afetada rígida em flexão e extensão (o movimento passivo é impossível)

⁷⁵ Menoita, E. (2014). *Reabilitar a Pessoa Idosa com AVC: Contributos para um envelhecer resiliente*. Loures: Lusociência.

Avaliação da Força - Escala de *Lower*⁷⁶

DATA		3/10		7/10		11/10		18/10		<p>ESCALA DE LOWER</p> <p>5/5 - Movimento normal contra gravidade e resistência</p> <p>4/5 - Raio de movimento completo contra resistência moderada e contra gravidade.</p> <p>A pessoa consegue elevar o membro e tem alguma resistência em relação à sua própria força</p> <p>3/5 - Raio de movimento completo apenas contra a gravidade, não contra resistência</p> <p>2/5 - Tem movimento das extremidades, mas não contra a gravidade. A pessoa consegue mover o membro na base da cama</p> <p>1/5 - Observa-se contração palpável e/ou visível sem movimento</p> <p>0/5 - Sem contração muscular e sem movimento</p>	
Cabeça e Pescoço	Flexão	2		2		3		3			
	Extensão	2		2		2		2			
	Flexão lateral esquerdo	2		2		3		3			
	Flexão lateral direito	2		2		3		3			
	Rotação	2		2		2		2			
E-Esquerdo / D - Direito		E	D	E	D	E	D	E	D		
MEMBRO SUPERIOR	Flexão	2	1	2	1	2	1	2	1		
	Extensão	2	1	2	1	2	1	2	1		
	Escapulo-umeral	Adução	2	1	2	2	2	2	2		2
		Abdução	2	1	2	1	2	1	2		1
		Rotação Interna	2	1	2	1	2	1	2		1
		Rotação Externa	2	1	2	1	2	1	2		1
Cotovelo	Flexão	2	1	2	1	2	1	3	1		
	Extensão	2	1	2	1	2	1	3	2		
Antebraço	Pronação	2	0	2	0	2	0	3	2		
	Supinação	1	0	2	0	2	1	3	2		
Punho	Flexão	1	0	1	0	1	1	2	1		
	Extensão	1	0	1	0	1	0	2	0		
	Desvio Radial	1	0	1	0	1	0	1	1		
	Desvio Cubital	1	0	1	0	1	0	1	1		
Dedos	Flexão	1	0	2	0	2	0	2	0		
	Extensão	1	0	2	0	2	1	2	1		
	Adução	1	0	1	0	1	0	1	0		
	Abdução	1	0	1	0	1	0	1	0		
MEMBRO INFERIOR	Flexão	1	1	2	2	2	2	2	2		
	Extensão	1	1	2	2	3	3	3	3		
	Coxo-femural	Adução	1	1	2	2	2	2	2		2
		Abdução	1	1	2	2	2	2	2	2	
		Rotação Interna	1	1	2	2	2	2	2	2	
		Rotação Externa	1	1	2	2	2	2	2	2	
Joelho	Extensão	2	2	3	3	3	3	3	3		
	Flexão	2	2	3	3	3	3	3	3		
Tibio-társica	Dorsiflexão	2	2	2	2	2	2	2	2		
	Flexão plantar	2	2	2	2	2	2	2	2		
	Inversão	0	0	1	1	1	1	1	1		
	Eversão	0	0	1	1	1	1	1	1		
Dedos	Flexão	2	2	2	2	3	3	3	3		
	Extensão	2	2	2	2	3	3	3	3		

⁷⁶ Menoita, E. (2014). *Reabilitar a Pessoa Idosa com AVC: Contributos para um envelhecer resiliente*. Loures: Lusociência.

Avaliação do Equilíbrio (escala em vigor na UVM adaptada)

		3/10/2016	7/10/2016	11/10/2017	18/10/2017	LEGENDA: S – SIM N – NÃO NT – NÃO TESTÁVEL
EQUILÍBRIO DO TRONCO APOIADO NO LEITO COM CABECEIRA ELEVADA A 80°	Mantém equilíbrio sem apoio dos Membros Superiores (MS's)	S	S	S	S	
EQUILÍBRIO DO TRONCO APOIADO NA CADEIRA DE RODAS (CR) COM OS PÉS APOIADOS NO SOLO	Mantém equilíbrio sem apoio dos MS's	N	N	N	N	
EQUILÍBRIO SENTADO COM OS PÉS NO SOLO	Mantém equilíbrio do tronco com ambas as mãos apoiadas no leito/CR	NT	NT	NT	NT	
	Mantém equilíbrio do tronco com uma mão apoiada no leito/CR	NT	NT	NT	NT	
	Mantém equilíbrio do tronco sem apoio das mãos no leito/CR	NT	NT	NT	NT	
	Mantém equilíbrio do tronco após perturbações, voltando à posição inicial	NT	NT	NT	NT	
	Mantém equilíbrio do tronco com abdução dos membros superiores num ângulo de 90°	NT	NT	NT	NT	
	Mantém equilíbrio do tronco quando realiza inclinação lateral do corpo	NT	NT	NT	NT	
	Mantém equilíbrio do					

	tronco quando realiza exercício do avião	NT	NT	NT	NT	
	Mantém equilíbrio do tronco com abdução dos MS's num ângulo de 90° e de olhos fechados	NT	NT	NT	NT	
	Mantém equilíbrio do tronco quando realiza <i>push-up</i>	NT	NT	NT	NT	

ANEXO III – Carta de Alta

FOLHA DE ALTA/TRANSFERÊNCIA DE ENFERMAGEM

DATA DE INTERNAMENTO: 21/06/2016

DATA DE ALTA: 18 /10/2016

MOTIVO DO INTERNAMENTO: Fratura de C4-C5-C6

LESÃO MEDULAR: TETRAPLEGIA INCOMPLETA

ASIA B Nível Neurológico C4 (ver avaliação em anexo)

CONHECIMENTO DA SUA SITUAÇÃO ACTUAL:

Tipo de lesão: Sim Observações: Doente apreensivo com a sua situação atual mas não
Défices motores: Sim questiona sobre o seu futuro.
Défices sensitivos: Sim
Eliminação vesical: Não
Eliminação intestinal: Não
Função sexual: Não

SITUAÇÃO DO UTENTE, DE ACORDO COM:

SENSIBILIDADE:

Profunda/Postural: Sim Observações: Doente com sensibilidade diminuída a partir de C5.
Táctil: Sim
Dolorosa: Sim

ESTADO EMOCIONAL:

Preocupado com a sua situação Observações: Doente colaborante nos cuidados e com humor
eutímico. Foi observado ao longo do internamento por
psicologia e psiquiatria, estando medicado segundo a
indicação da última.

HIGIENE E CONFORTO:

Independente NÃO Observações: São prestados os cuidados de higiene no leito e maca
Dependente: Ajuda Total banheira colaborando dentro das suas possibilidades (mobilizando o
MSE para limpar a cara e secar e na lavagem dos dentes com
dispositivo de compensação)

MIF: 2



ALIMENTAÇÃO/HIDRATAÇÃO:

Independente: NÃO

Dependente: AJUDA PARCIAL

Dispositivo de compensação SIM

Observações: Necessita de ajuda parcial: colocar a comida à sua frente e colocar a colher no dispositivo de compensação para que este consiga levar a comida à boca. Consegue realizar movimento de preensão (embora reduzido) para agarrar a garrafa de água.

MIF: 6

REEDUCAÇÃO DE ESFINCTERES:

Intestinal:

Treino eficaz ☒

Treino ineficaz:

Vesical:

Drenagem vesical ☒

Sonda vesical Silastic Nº 14

Mudar em: 26/10/2016

Auto-esvaziamento ☐

Urina espontaneamente ☐

Avaliação de volume residual ☐

MIF: 1

Observações: Doente com alguma sensibilidade e contractibilidade anal, mas sem controlo de esfíncter. Realiza treino intestinal em dias alternados com supositório de bisacodil. Último treino realizado no dia 17/10/2016 tendo sido eficaz, fezes pastosas.

REEDUCAÇÃO FUNCIONAL MOTORA:

Mobilização no leito: Ajuda Total

Levante diário: ☒ Ajuda Total

Treino de equilíbrio: ☐

Transferência cama/cadeira: ☒ Ajuda Total

Treino de marcha: ☐ Com ajuda técnica:

Observações: Necessidade de ser posicionado de 3/3h quando no leito. Após as várias cirurgias e estabilização do quadro clínico a nível cervical, o doente iniciou levante progressivo a 13/09/2016 sempre com elevador até ao momento para a cadeira de rodas de espaldar alto. Fez também durante este período plano inclinado e standing-frame com boa tolerância. Já não necessita de colar cervical desde o dia 19/09/2016.

Mobilizações:

- Passivas ☒ Em todos os segmentos que não foram descritos nas ativo-assistidas e nas ativo-resistidas

- Activas ☐

- Activo-assistidas ☒ MSE - em todos os segmentos corporais e movimentos excepto no desvio cubital/radial, flexão/extensão dos dedos e na oposição (embora consiga com o 2ºdedo); MIE - adução, rotação interna, flexão plantar e extensão dos dedos; MSD - extensão antebraço, pronação/supinação, extensão do punho e extensão dos dedos; MID - adução, flexão plantar e extensão dos dedos

- Activo-resistidas ☒ Membros inferiores na extensão/flexão da coxa-femural e joelho (bilateralmente)

MIF: 1 (ver avaliação em anexo)

REEDUCAÇÃO FUNCIONAL RESPIRATÓRIA

Padrão respiratório:

Ventilação: Espontânea

Amplitude: Abdomino-diafragmática

Ritmo: Regular

Controlo/dissociação dos tempos respiratórios:

Sim

Simetria Torácica: Sim

- Abdomino-diafragmáticos: Globais: Sim

Selectivos:

- Costal: Global com bastão

Global sem bastão Sim

Selectiva

Observações: Doente colaborante em todos os exercícios. Bom controle na dissociação dos tempos respiratórios. Fez também exercícios de reeducação diafragmática com resistência com boa tolerância.

Ciclo Ativo das Técnicas Respiratórias Não

Secreções: Não

Tosse: Não / /

Manobras acessórias:

RESUMO DA SITUAÇÃO DO UTENTE DURANTE O INTERNAMENTO:

Doente de 31 anos de idade, sexo masculino, que deu entrada no Hospital [REDACTED], a 21/06/2016, com diagnóstico de traumatismo da coluna cervical com fratura de C4, C5 e C6 após queda de 4 metros com tetraplegia com nível de sensibilidade pela linha mamilar. Teve também traumatismo de crânio sem perda de conhecimento. Ainda no SU [REDACTED] apresentava Glasgow de 15, referindo diminuição da sensibilidade nos membros superiores e inferiores. Apresentava ferida na região mentoniana, parietal e joelho esquerdo que foram suturadas. Veio transferido no mesmo dia para o Hospital de [REDACTED] para ida ao BO de urgência onde realizaram abordagem anterior da coluna cervical, discectomia C4-C6 e corpectomia de C5 e C6, colheita de enxerto autólogo da crista ilíaca, encerramento por planos e agrafes à pele e artrodese com enxerto e placa anterior de 57mm, com parafusos em C4 e C7. Ao longo do internamento neste hospital manteve-se entre a [REDACTED] e a [REDACTED] por necessidade de ir ao BO: 13/07/2016 e 20/07 com diagnóstico de falência de artrodese cervical anterior por infecção para lavagem e desbridamento; por quadro de disfagia a 8/08/2016 foi fazer revisão cirúrgica (com diagnóstico Fístula do esófago posterior cervical + falência de artrodese cervical anterior por infecção) ficando nesta altura com jejunostomia que encerrou no dia 15/09/2016 mantendo penso seco no flanco à esquerda; e, por fim, dia 23/08/2016 por manter falência da artrodese cervical anterior por infecção e complicada por Fístula do esófago posterior cervical realizou fixação posterior C4-D1 com barras e parafusos (sistema Vertex - Medtronic). Como intercorrências neste período agravamento ao nível do joelho esquerdo com exsudado com SAureus multirresistente. Também com uma infecção urinária a e.coli na progressão do internamento. Fez antibioterapia com Tazobac.

Veio transferido para a [REDACTED] no dia 29/08/2016 clinicamente estável, onde manteve repouso até dia 13/09/2016 aquando realizou primeiro levante. Já sem colar cervical desde o dia 19/09/2016.

Durante o internamento realizou consulta em [REDACTED] a 04/10/2016 sendo que aguarda vaga. Nesta consulta foram pedidos novos exames que realizou - EDA, TAC articular joelho esquerdo, RMN ombro direito - sem alterações. Conforme indicação do serviço de medicina e reabilitação física de [REDACTED] este deve ser encaminhado para a Rede de Cuidados Continuados (iniciar processo no Hospital da área de residência).

Ainda verbaliza dor ao nível do ombro direito e denota-se menos amplitude articular aquando na extensão e abdução do mesmo. Mantém ainda espasticidade principalmente ao nível do mão esquerda e proeminência de espasmos nos membros inferiores, mas melhorado. Por vezes verbaliza parestesias nas mãos embora neste momento seja mais raro.

Segue em anexo a avaliação ASIA e a MIF.

Ao dispor.

O/A ENFERMEIRO/A

Apêndice VIII – Resumo das “Primeiras Jornadas dos Enfermeiros Especialistas em
Enfermagem de Reabilitação do Centro Hospitalar Lisboa Ocidental”

RESUMO DA PARTICIPAÇÃO DAS PRIMEIRAS JORNADAS DOS ENFERMEIROS ESPECIALISTAS EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO DO CENTRO HOSPITALAR LISBOA OCIDENTAL

“Da formação à prática clínica”

18 De Novembro de 2016 – Auditório do Metro do Alto dos Moinhos

O trabalho desenvolvido na organização deste evento é de louvar principalmente pela capacidade de, apenas num dia, existir a referência a vários campos de atuação do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER).

A **primeira mesa – Reabilitação Respiratória** – enalteceu a terapêutica inalatória, demonstrando a sua importância para o plano cuidados do cliente, onde o EEER deve ser ativo no ensino dos dispositivos, bem como reconhecer as vantagens e desvantagens de cada um, estabelecendo com a equipa multiprofissional qual se adequa melhor ao cliente em questão. Foi importante também a demonstração dos principais erros que são executados, quer pelo cliente, quer pelo profissional na administração destes fármacos, levando assim uma maior consciencialização por parte dos EEER's presentes. Este tema foi apoiado pela recente norma da Direção Geral de Saúde (DGS) constituída no ano de 2013, em relação ao tema em discussão. Infelizmente, um dos produtos que ajudam a maior deposição e administração dos fármacos em questão – a câmara expansora – não se encontra ainda participado pelo Estado Português.

Posteriormente, ainda relacionado com a Reabilitação Respiratória, foi abordado o tema da Ventilação Não Invasiva (VNI), especificamente no cliente submetido a cirurgia cardíaca, sendo uma população incluída nas indicações para a realização deste método. Foi exaltado que o VNI nesta população deve ser gerido consoante o nível de sedação, gases arteriais, dor no local da inserção cirúrgica (onde existe um aumento da utilização dos músculos acessórios e diminuição da amplitude e expansão pulmonar), em situações de taquipneia ou bradipneia e em situações de broncoespasmo. A VNI no cliente pós-operatório de cirurgia cardíaca demonstra como objetivos facilitar o desmame ventilatório invasivo como também diminuir a utilização dos músculos acessórios, por exemplo. Dentro das modalidades disponíveis da VNI encontramos a assistida (ou CPAP, onde o cliente desencadeia todos os movimentos

respiratórios), assistida/controlada e a controlada (onde o ventilador assegura todos os movimentos respiratórios). Acima, de todo, devem ser considerados alguns aspetos, antes de iniciar a VNI, entre eles, o nível de sedação, instabilidade hemodinâmica, presença de vômitos, aumento de secreções brônquicas e presença de agitação psicomotora, entre outros.

Foi também demonstrado que quando se inicia VNI, os parâmetros, isto é, as pressões iniciais devem ser baixas e indo subindo de forma gradual, permitindo assim adaptação gradual e prevenindo colapso alveolar.

Depois, foi abordado a VNI na Pediatria, demonstrando também indicações e vantagens deste métodos nesta área tão específica. Foi interessante, principalmente, quando foi abordado as modalidades disponíveis, entre elas, o CPAP e BPAP, mas também, o NIV-NAVA, pouco expandido na nossa área profissional, e que permite a sincronização entre o ventilador e a criança através de uma sonda a nível nasal ou orofaríngea que deteta atividade do diafragma.

Outro tema, abordado ainda nesta mesa, foi o contributo do EEER no cliente crítico, sendo que nos foi apresentado a importância da mobilização precoce nesta população. Foi relevante a demonstração dos critérios para mobilização do cliente crítico, descrito bibliografia e, que serviu de base para a produção de protocolos no serviço da EEER que apresentou este tema. Estes critérios baseavam-se no nível de consciência do cliente, na colaboração deste e na capacidade que tem em apreender o que lhe foi ensinado. O protocolo desenvolvido pelos EEER's deste serviço é constituído por 4 etapas, onde existe uma avaliação do nível de consciência (Escala de Glasgow) servindo de guia orientador para as intervenções que se devem realizar, entre elas, mobilizações, posicionamentos e treino de equilíbrio.

A segunda mesa – **Alterações da deglutição** – foi abordado como se realiza a avaliação do cliente com acidente vascular cerebral (AVC) numa unidade especializada, sendo que os dados apresentados, entre 2014-2015, revelaram que 42-67% desta população, na entrada no internamento, apresentava alterações da deglutição. Demonstra assim a pertinência do trabalho desenvolvido nesta unidade. Os dois métodos disponíveis para avaliação da deglutição são escala de avaliação e videofluoroscopia. Esta última, além de ser invasiva também remete a um valor acrescido para a gestão hospitalar. Por isso, o método desenvolvido pelos EEER's

desta unidade foi a escala de avaliação GUSS (que não se encontra ainda validada em Portugal mas constitui um dos objetivos a alcançar por este grupo de trabalho). Esta escala é constituída por duas partes: a primeira parte é avaliada “indiretamente” a deglutição, isto é, não é utilizado alimentos mas sim identificação, por exemplo, de reflexo de tosse, sialorreia, alterações na voz; e, a segunda parte, a avaliação é executada com alimentos, inicialmente semi-sólidos, por exemplo, água com espessante, progredindo posteriormente para os líquidos e, por fim os sólidos. Importante referir que ao fazer uma avaliação precoce e contínua desta população com a escala de GUSS, seguindo as suas recomendações anexadas, houve uma diminuição de incidentes de pneumonia por aspiração de alimentos como também uma diminuição dos défices, em grande parte dos clientes no momento da alta.

Posteriormente, nesta mesa de discussão, foi abordada a disfagia no cliente cirúrgico mais especificamente de otorrinolaringologia. Uma área específica, mas como foi demonstrado, os tumores da cabeça e pescoço, apresentam-se como a 4ª patologia com maior incidência em Portugal. O tratamento resume-se à remoção cirúrgica e/ou realização de quimioterapia/radioterapia. Foi abordado um caso clínico e demonstradas as principais intervenções que o EEER executa. Estes clientes, após cirurgia mantêm entubação nasogástrica e progressivamente vão ingerindo oralmente, onde a intervenção do EEER aparece como fundamental no ensino ao cliente/família sobre a dieta e técnica de alimentação adequada.

Na mesa 3 – **Reabilitação Cardíaca** – foi enaltecido a perspetiva do cliente em relação ao papel do EEER na recuperação do mesmo após cirurgia cardíaca. Este tema foi baseado numa tese de mestrado da EEER (em apresentação) onde demonstrou que os clientes têm uma visão positiva do EEER e suas intervenções.

Posteriormente, foi apresentado um programa desenvolvido por outra EEER numa unidade especializada em clientes com insuficiência cardíaca. Este programa é desenvolvido em contexto de internamento sendo o papel do EEER preponderante na gestão do regime terapêutico e gestão do exercício físico (Fase 1). Este programa iniciou-se no ano de 2015 tendo como objetivos fundamentais diminuir o número de dias de internamento, prevenir complicações da imobilidade e aumentar a autonomia do cliente nas atividades de vida diária. A avaliação é realizada através de escalas: escala de Borg, Barthel e KCCQ. É realizado consulta de follow-up no 1ºmes, 3ºmes,

6 meses e 1 ano. Embora o programa seja recente já revela indicadores positivos para a sua continuação e desenvolvimento.

Por fim, na mesa 4 – **Reabilitação Motora** – foi abordada a reabilitação do traumatizado Vertebro-medular, onde o foco do EEER, na fase aguda, baseia-se na identificação e prevenção de complicações, desde alterações respiratórias, úlceras de pressão, episódios de disreflexia autônoma e alterações músculo-esqueléticas. É, por isso, desenvolvido um programa de enfermagem de reabilitação nesta unidade, onde existe um enfoque nos posicionamentos, exercícios de mobilidade articular e reeducação funcional respiratória. Após cirurgia existe também um treino progressivo de verticalidade, treino de equilíbrio e exercícios de transferência. Se houver tratamento conservador (sem cirurgia) existindo o uso de ortótese, o enfoque é, inicialmente, dirigido ao ensino sobre o objetivo da ortótese, a sua colocação/manutenção, possíveis complicações da não adesão e como deverá realizar o seu autocuidado com a mesma. Para uma objetivação dos cuidados especializados do EEER, demonstrando a sua necessidade, é utilizado o índice de Barthel e, segundo os valores apresentados, a intervenção do EEER demonstrou-se fulcral para o aumento da independência dos clientes ao longo do internamento até ao momento da sua alta.

Seguidamente, na mesa em questão, foi abordado a reabilitação motora no cliente com AVC, numa unidade especializada nesta área. Foi apresentado um estudo, com 49 clientes com esta patologia, onde a intervenção do EEER foi fundamental para a evolução positiva na aquisição da independência. O estudo foi apoiado com a avaliação do índice de Barthel à entrada e saída destes clientes onde todos revelaram uma evolução positiva. A área de aquisição de potencialidades no uso do sanitário foi, embora o resultado positivo, a que demonstrou menos ganhos em saúde.

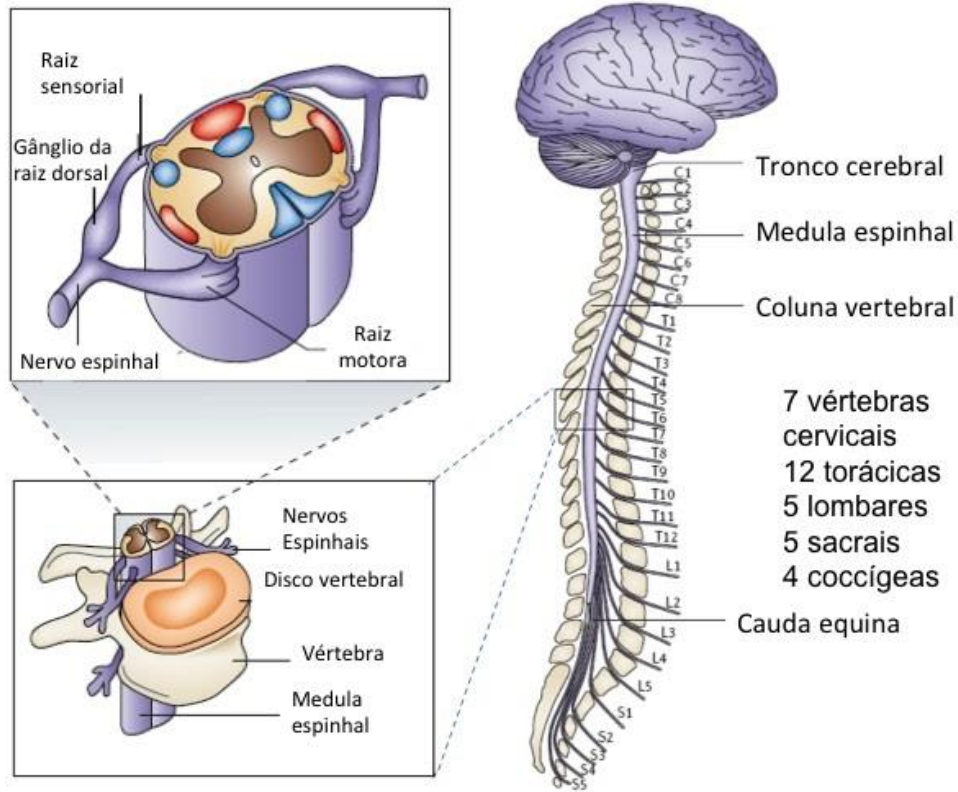
Foi também abordado a reabilitação motora ao nível do cliente amputado, onde se enfatizou o papel do EEER na avaliação das necessidades no apoio domiciliário, condições habitacionais e barreiras arquitetónicas. Importante também de referir a prevenção da anquilose pois, demonstra-se, como limitadora na colocação de próteses, como também, o ensino de transferência com tábua ou sem nas primeiras 48 horas após a cirurgia para aumentar autonomia do cliente. O EEER revela então a

sua importância no ensino não só durante o internamento mas também facultando informações importantes aos clientes sobre apoios que estes podem requerer junto da comunidade.

Ao longo destas Jornadas foi interessante assistir o trabalho que tem sido desenvolvido por EEER's em diferentes contextos, mostrando-se como um elemento dinamizador nas equipas dos contextos apresentados. Demonstra assim a importância que o EEER tem e pode ter no projeto de vida dos clientes. Importante também de assinalar que muito do que foi discutido já se encontra apoiado em evidência científica permitindo que o EEER aumente a sua essencialidade em todos os contextos.

ANEXO I - Estruturas da Medula Espinhal e Níveis da Lesão Medular e Sistemas Afetados

Estruturas da Medula Espinhal

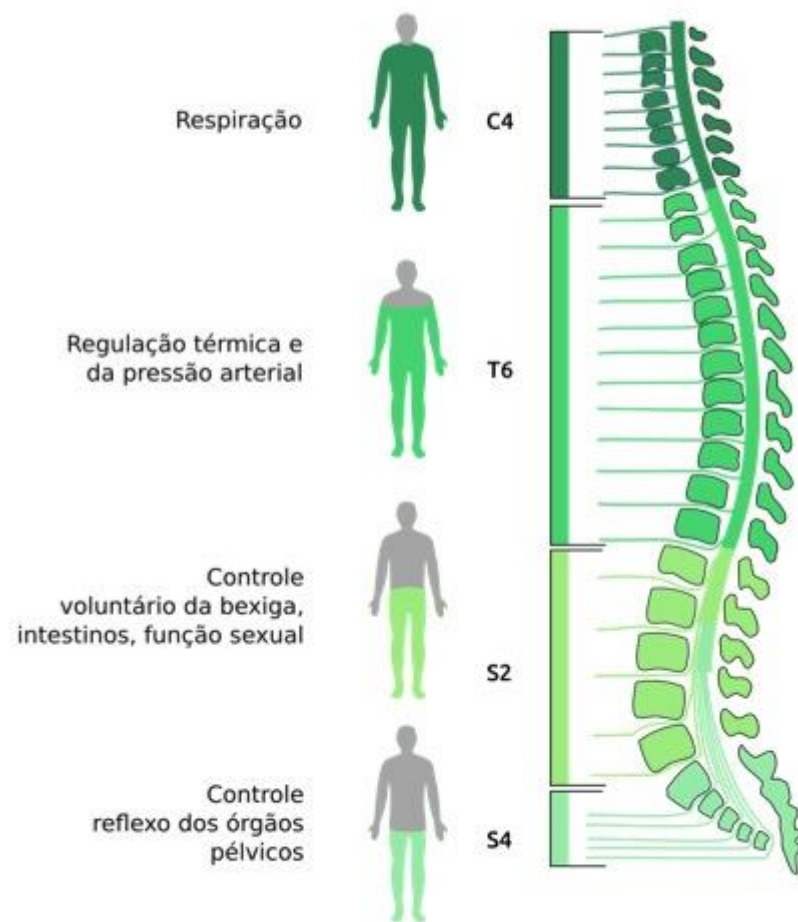


A medula espinhal é responsável na transmissão de dados entre o cérebro e o corpo, estando protegida pelo osso vertebral e organizada em segmentos. Estes segmentos estão reunidos em 4 grandes divisões: cervical (8), torácico (12), lombar (5) e sacrais (5). Cada segmento espinhal realiza conexões com áreas específicas através de projeções que correm nas raízes sensoriais e motoras.

Bradbury, E. & McHahon, S. (2006) - Spinal cord repair strategies: why do they work?. *Nature Publishing Group*. 7. 644-653

Fonte da imagem: <http://cienciasecognicao.org/neuroemdebate/wp-content/uploads/2014/10/medula.jpg>

Níveis da Lesão Medular e Sistemas Afetados



Fonte da imagem: <http://cienciasecognicao.org/neuroemdebate/wp-content/uploads/2014/10/nivel-lesao.jpg>

ANEXO II - Classificação neurológica *standard* de lesões medulares da ASIA

Disponível em: http://asia-spinalinjury.org/wp-content/uploads/2016/02/International_Stdсs_Diagram_Worksheet.pdf

Patient Name _____ Date/Time of Exam _____

Examiner Name _____ Signature _____

RIGHT

MOTOR KEY MUSCLES

SENSORY

KEY SENSORY POINTS Light Touch (LTR) Pin Prick (PPR)

UER
(Upper Extremity Right)

Elbow flexors C5
Wrist extensors C6
Elbow extensors C7
Finger flexors C8
Finger abductors (little finger) T1

Comments (Non-key Muscle? Reason for NT? Pain?):

LER
(Lower Extremity Right)

Hip flexors L2
Knee extensors L3
Ankle dorsiflexors L4
Long toe extensors L5
Ankle plantar flexors S1

(VAC) Voluntary Anal Contraction
(Yes/No) ☐

RIGHT TOTALS
(MAXIMUM) (50) (56) (56)

MOTOR SUBSCORES

UER ☐ + UEL ☐ = **UEMS TOTAL** ☐
MAX (25) (25) (50)

LER ☐ + LEL ☐ = **LEMS TOTAL** ☐
MAX (25) (25) (50)

NEUROLOGICAL LEVELS

Steps 1-5 for classification
as on reverse

1. SENSORY ☐ ☐
2. MOTOR ☐ ☐

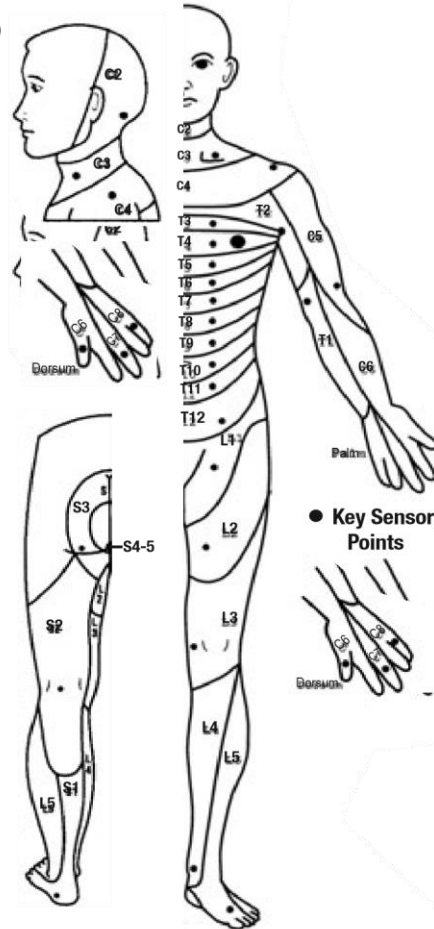
3. NEUROLOGICAL
LEVEL OF INJURY (NLI) ☐

4. COMPLETE OR INCOMPLETE?
Incomplete = Any sensory or motor function in S4-5 ☐

5. ASIA IMPAIRMENT SCALE (AIS) ☐

(In complete injuries only)
**ZONE OF PARTIAL
PRESERVATION**
Most caudal level with any innervation

SENSORY ☐ ☐
MOTOR ☐ ☐



● Key Sensory Points

SENSORY

KEY SENSORY POINTS Light Touch (LTR) Pin Prick (PPL)

MOTOR KEY MUSCLES

LEFT

UEL
(Upper Extremity Left)

Elbow flexors C5
Wrist extensors C6
Elbow extensors C7
Finger flexors C8
Finger abductors (little finger) T1

MOTOR (SCORING ON REVERSE SIDE)

0 = total paralysis
1 = palpable or visible contraction
2 = active movement, gravity eliminated
3 = active movement, against gravity
4 = active movement, against some resistance
5 = active movement, against full resistance
5* = normal corrected for pain/disuse
NT = not testable

SENSORY (SCORING ON REVERSE SIDE)

0 = absent 2 = normal
1 = altered NT = not testable

LEL
(Lower Extremity Left)

Hip flexors L2
Knee extensors L3
Ankle dorsiflexors L4
Long toe extensors L5
Ankle plantar flexors S1

(DAP) Deep Anal Pressure
(Yes/No) ☐

LEFT TOTALS
(MAXIMUM) (50) (56) (56)

SENSORY SUBSCORES

LTR ☐ + LTL ☐ = **LT TOTAL** ☐
MAX (56) (56) (112)

PPR ☐ + PPL ☐ = **PP TOTAL** ☐
MAX (56) (56) (112)

ANEXO III - Ciclo de resposta sexual de Masters & Johnson (1970)

CICLO DE RESPOSTA SEXUAL DE MASTERS & JOHNSON

Segundo estes autores as reações fisiológicas aos estímulos sexuais apresentam-se em quatro fases discriminadas:

- a) Fase de excitação⁷⁷
- b) Fase de *plateau*⁷⁸
- c) Fase do orgasmo⁷⁹
- d) Fase final ou de resolução (Masters e Johnson, 1972).

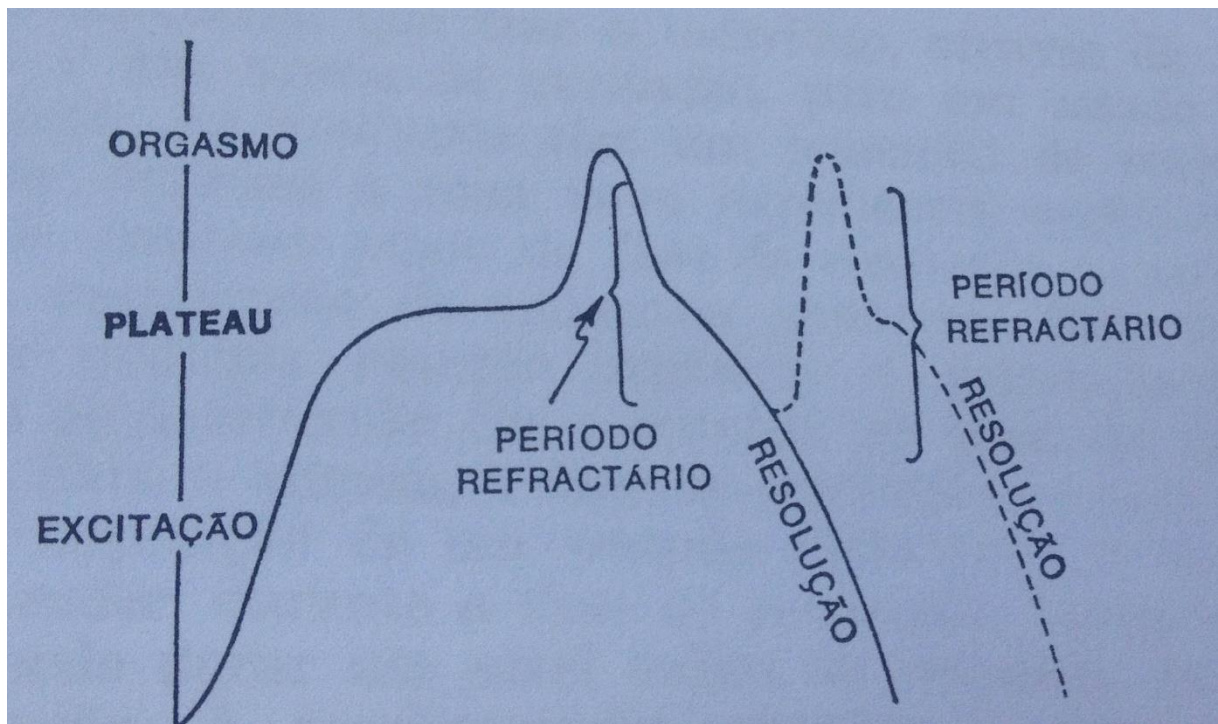


Figura 1 – O ciclo de resposta sexual masculino de Masters & Johnson (1972)

⁷⁷ Inicia-se de qualquer origem que seja estimulante para o indivíduo (Masters e Johnson, 1972).

⁷⁸ Se o estímulo sexual continuar, nesta fase, a tensão sexual aumenta levando ao orgasmo. Segundo Masters e Johnson (1972) esta fase depende “da eficácia dos estímulos empregados, combinada com o fator da exigência individual” (p.18).

⁷⁹ Esta fase é limitada ao orgasmo sendo que na mulher “existe uma grande variedade, tanto na intensidade quanto na duração da experiência orgástica feminina” em contraste ao homem onde existe uma menor variação, devido à estandardização da reação ejaculatória (Masters e Johnson, 1972, p.18).

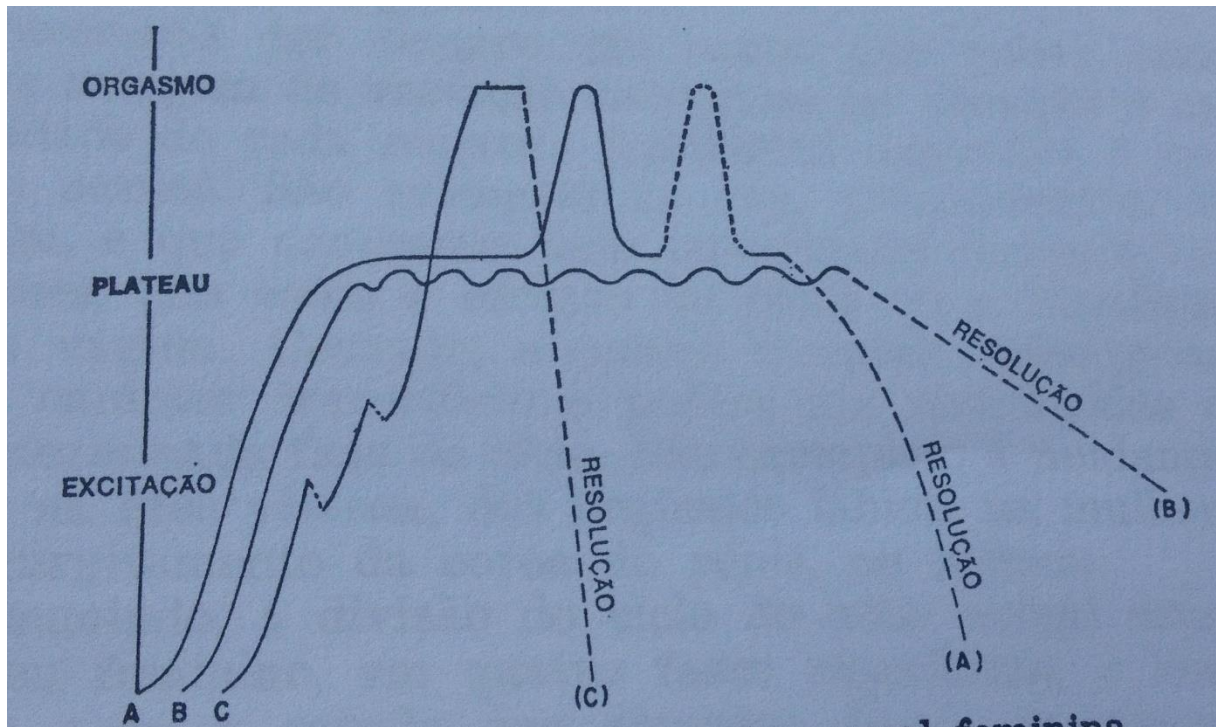


Figura 2 – O ciclo de resposta sexual feminino de Masters & Johnson (1972)

Segundo estes autores, o género feminino tem um potencial de resposta capaz de regressar a uma nova experiência orgástica em qualquer momento da fase de resolução, bastando existir novamente os estímulos sexuais, ao contrário do homem, em que esta resposta é mais lenta.

ANEXO IV - Resposta sexual feminina de Basson (2000)

RESPOSTA SEXUAL FEMININA DE BASSON (2000)

Este modelo, opõe-se à linearidade do apresentado por Masters e Johnson (1972), onde a o foco da excitação sexual é mais valorizado com o seu cerne em fantasias (a nível mental) e menos na genitalidade. Enunciam a importância que a mulher dá à presença de uma relação de confiança e à necessidade de intimidade e afeto no ato sexual (Basson, 2002).

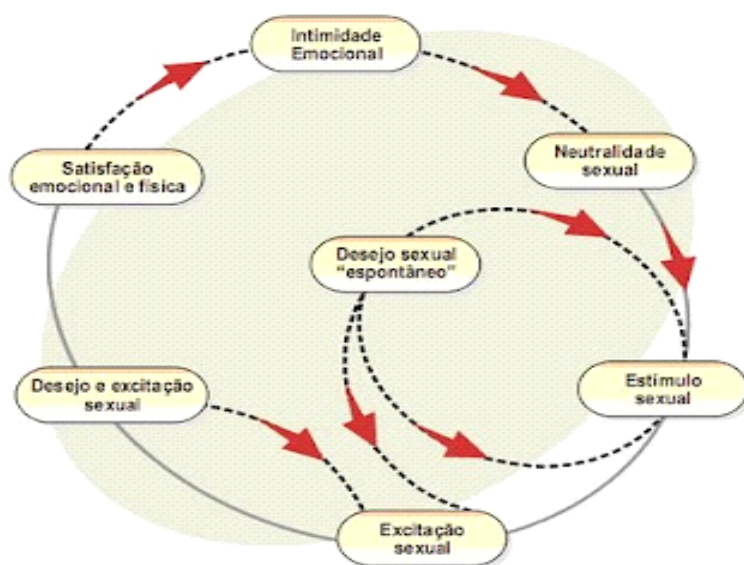


Figura 1 – Ciclo de Resposta Sexual Feminino de Basson (Meirinha & Barros, 2014)

Segundo este modelo, as mulheres têm um leque de razões para iniciar o seu ciclo. O aumento do desejo sexual está relacionado com o aumento da intimidade e do afeto pelo parceiro o que leva a uma maior predisposição da mulher em participar no ato sexual. Este momento de neutralidade sexual, onde a mulher não se envolve no ato sexual mas expressa a sua sexualidade, através, por exemplo, da comunicação ou masturbação com o parceiro, aumenta a intimidade entre ambos, bem como surge como uma motivação para iniciar o coito. Demonstra assim que o orgasmo não é apenas o único precursor de satisfação plena a nível sexual na mulher, existindo a necessidade de gratificação emocional por parte desta, através da construção de uma relação de confiança com o parceiro (Basson, 2000).

ANEXO V - Algoritmo de manutenção da IU de Thuroff et al (2011)

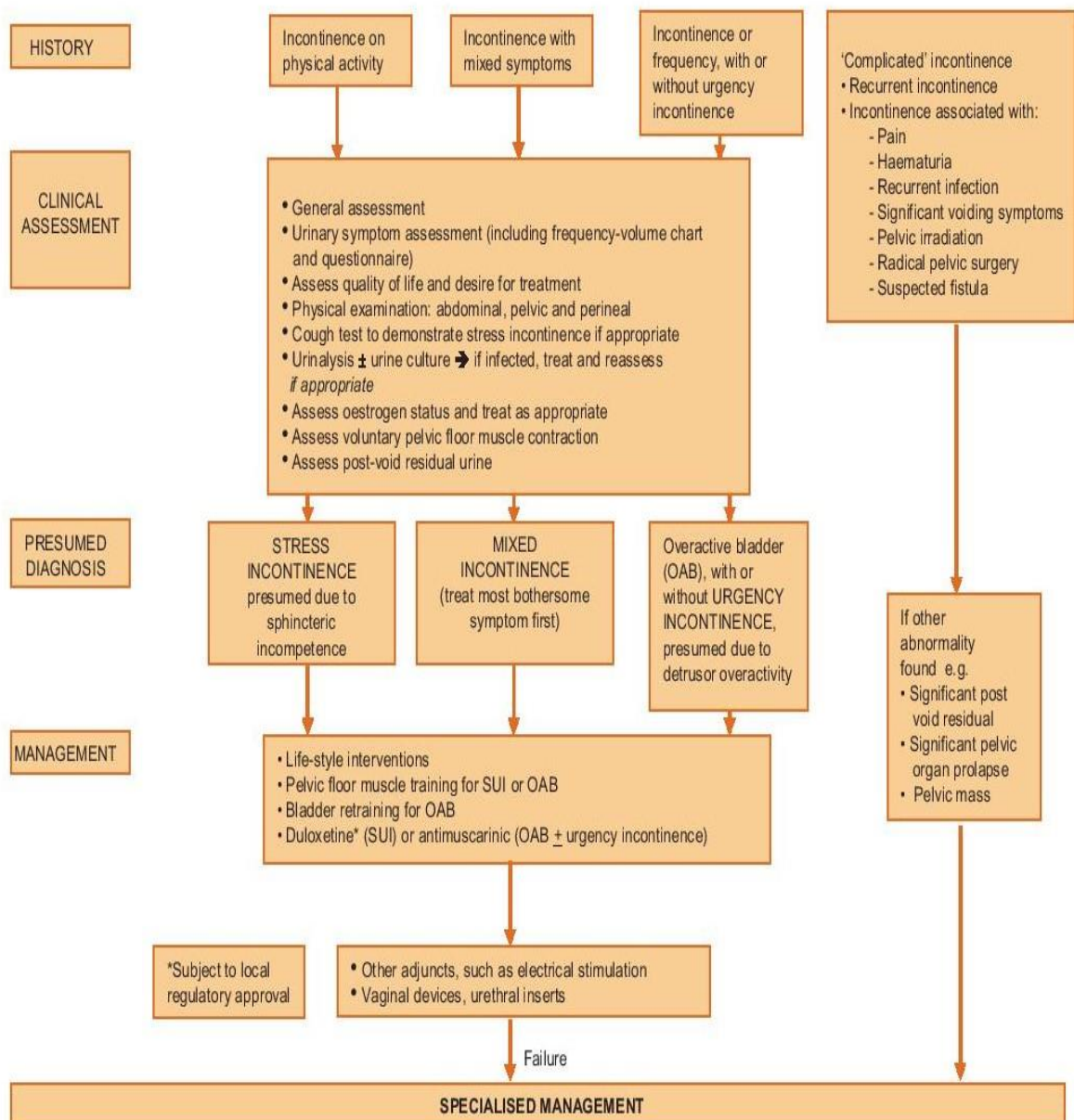


Fig. 3 – Algorithm for initial management of urinary incontinence in women.
SUI = stress urinary incontinence.

Duração de Vida

Fatores que influenciam as Atividades de Vida

Biológicos
Psicológicos
Socioculturais
Ambientais
Político-econômicos

Atividades de Vida

Manter um ambiente seguro
Comunicar
Respirar
Comer e Beber
Eliminar
Higiene Pessoal e Vestir-se
Controlar a temperatura do corpo
Mobilizar-se
Trabalhar e distrair-se
Exprimir a sexualidade
Dormir
Morrer

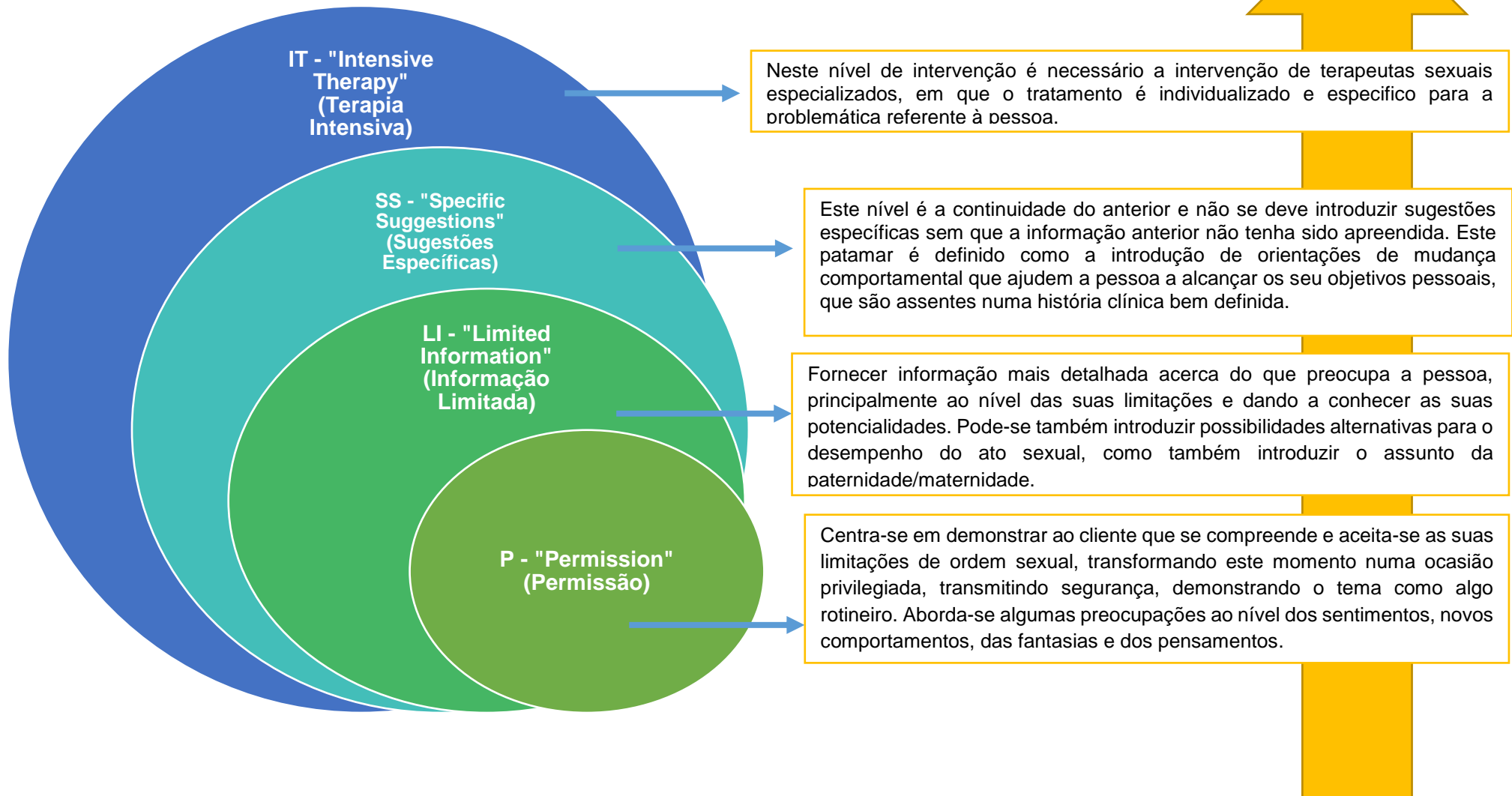
Independência / Dependência
Nas 12 Atividades de Vida

ENFERMAGEM INDIVIDUALIZADA

APRECIAR
PLANEAR
IMPLEMENTAR
AVALIAR

**Modelo teórico de
Enfermagem de Nancy
Roper** (Adaptado de Roper et al,
2001)

MODELO PLISSIT (adaptado de Garret e Teixeira, 2006)



Escala de Coma de Glasgow

Escala de Coma de Glasgow	
<i>Abertura dos olhos</i>	<i>Pontuação</i>
Espontânea	4
A sons	3
À dor	2
Nenhuma	1
<i>Melhor Resposta Motora</i>	
Obedece ao comando	6
Localiza dor	5
Flexão normal de retirada	4
Flexão anormal em descorticação	3
Extensão em descerebração	2
Nenhuma	1
<i>Melhor resposta verbal</i>	
Orientado	5
Fala confusa	4
Palavras inapropriadas	3
Sons incompreensíveis	2
Nenhuma	1
<i>Total de Pontos</i>	

Tabela 1 – Escala de Coma de Glasgow (adaptado de OE, 2009, p.21)

Escala de Força Muscular de Lower

Esta avaliação deve ser realizada em todos os movimentos⁸⁰ dos segmentos⁸¹ corporais sendo realizada da região distal para proximal.

5/5	Movimento normal contra gravidade e resistência
4/5	Raio de movimento completo contra resistência moderada e contra gravidade. A pessoa consegue elevar o membro e tem alguma resistência em relação à sua própria força
3/5	Raio de movimento completo apenas contra a gravidade, não contra resistência
2/5	Tem movimento das extremidades, mas não contra a gravidade. A pessoa consegue mover o membro na base da cama
1/5	Observa-se contração palpável e/ou visível sem movimento
0/5	Sem contração muscular e sem movimento

Tabela 2 – Escala de Força de Lower (adaptado de Menoita, 2014, p. 58-60)

⁸⁰ Movimentos: Flexão, Extensão, Flexão lateral esquerdo/direito, rotação, adução, abdução, rotação interna/externa, pronação, supinação, flexão palmar, dorsi-flexão, desvio radial/cubital, circundação, oponência do polegar, flexão dorsal, inversão/eversão (Menoita, 2014)

⁸¹ Cabeça e Pescoço, Escapulo-Umeral, Cotovelo, Antebraço, Punho, Dedos, Coxo-femural, Joelho, Tibiotársica (Menoita, 2014).

Medida de Independência Funcional (MIF)

APELIDO _____	NOME _____	IDADE _____	SEXO _____	P.U.nº _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
DIAGNÓSTICO _____						

INDEPENDÊNCIA FUNCIONAL								
NÍVEIS	7 Independência completa (em segurança, em tempo normal) 6 Independência modificada (dispositivo)						SEM AJUDA	
	Dependência modificada 5 Supervisão 4 Ajuda mínima (indivíduo >= 75%) 3 Ajuda moderada (indivíduo >= 50%) Dependência completa 2 Ajuda máxima (indivíduo >= 25%) 1 Ajuda total (indivíduo < 25%)						AJUDA	

	SEMANAS OU MESES	ANTES	1M		4M		12M	
	DATA							
AUTO-CUIDADOS								
A. Alimentação		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B. Higiene pessoal		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C. Banho		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D. Vestir metade superior		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E. Vestir metade inferior		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F. Utilização da sanita		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CONTROLO DOS ESFÍNCTERES								
G. Bexiga		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
H. Intestino		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MOBILIDADE								
TRANSFERÊNCIAS								
I. Leito, Cadeira, Cadeira de Rodas		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J. Sanita		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
K. Banheira, Duche		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
LOCOMOÇÃO								
L. Marcha/Cadeira de Rodas	?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
M. Escadas		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
COMUNICAÇÃO								
N. Compreensão	:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
O. Expressão	:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CONSCIÊNCIA DO MUNDO EXTERIOR								
P. Interação social		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q. Resolução dos problemas		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
R. Memória		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TOTAL		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

NOTA: Não deixe nenhum item em branco; se não testável marque 1

Figura 1 – Escala MIF (Ministério da Saúde, 2011)

Escala de Barthel

1.Alimentação	
Independente	<input type="checkbox"/> 10
Precisa de alguma ajuda (por exemplo para cortar os alimentos)	<input type="checkbox"/> 5
Dependente.....	<input type="checkbox"/> 0
2.Transferências	
Independente	<input type="checkbox"/> 15
Precisa de alguma ajuda	<input type="checkbox"/> 10
Necessita de ajuda de outra pessoa, mas não consegue sentar-se	<input type="checkbox"/> 5
Dependente, não tem equilíbrio sentado	<input type="checkbox"/> 0
3.Toalete	
Independente a fazer a barba, lavar a cara, lavar os dentes.....	<input type="checkbox"/> 5
Dependente, necessita de alguma ajuda	<input type="checkbox"/> 0
4.Utilização do WC	
Independente	<input type="checkbox"/> 10
Precisa de alguma ajuda	<input type="checkbox"/> 5
Dependente.....	<input type="checkbox"/> 0
5.Banho	
Toma banho só (entra e sai do duche ou banheira sem ajuda)	<input type="checkbox"/> 5
Dependente, necessita de alguma ajuda	<input type="checkbox"/> 0
6. Mobilidade	
Caminha 50 metros, sem ajuda ou supervisão (pode usar ortóteses)	<input type="checkbox"/> 15
Caminha menos de 50 metros, com pouca ajuda	<input type="checkbox"/> 10
Independente, em cadeira de rodas, pelo menos 50 metros, incluindo esquinas.....	<input type="checkbox"/> 5
Imóvel	<input type="checkbox"/> 0
7.Subir e Descer Escadas	
Independente, com ou sem ajudas técnicas.....	<input type="checkbox"/> 10
Precisa de ajuda.....	<input type="checkbox"/> 5
Dependente.....	<input type="checkbox"/> 0
8.Vestir	
Independente	<input type="checkbox"/> 10
Com ajuda	<input type="checkbox"/> 5
Impossível	<input type="checkbox"/> 0
9.Controlo Intestinal	
Controla perfeitamente, sem acidentes, podendo fazer uso de supositório ou similar.....	<input type="checkbox"/> 10
Acidente ocasional	<input type="checkbox"/> 5
Incontinente ou precisa de uso de clisteres	<input type="checkbox"/> 0
10.Controlo Urinário	
Controla perfeitamente, mesmo algaliado desde que seja capaz de manejar a algália sozinho	<input type="checkbox"/> 10
Acidente ocasional (máximo uma vez por semana).....	<input type="checkbox"/> 5
Incontinente, ou algaliado sendo incapaz de manejar a algália sozinho	<input type="checkbox"/> 0
TOTAL	

Figura 2 – Escala de Barthel (Ministério da Saúde, 2011)

Escala de Ashworth Modificada

- Deve ser avaliado em todos os planos dos movimentos e em todos os segmentos corporais
- Bilateralmente
- Avaliar do distal para o proximal

0 – Ausência de aumento do tônus muscular

1 – Ligeiro aumento do tônus muscular, expressado por uma tensão repentina ou por resistência mínima, no final da amplitude do movimento articular (ADM) quando a área é movida em flexão ou extensão

1+ - Ligeiro aumento do tônus muscular, manifestado por tensão repentina, seguida de resistência mínima em menos da metade da ADM excedente

2 – Aumento mais relevante do tônus muscular, durante a maior parte da ADM, mas a região é movida facilmente

3 – Considerável aumento do tônus muscular sendo o movimento passivo difícil

4 – Parte afetada rígida em flexão e extensão

Tabela 3 – Escala de Ashworth Modificada (Adaptado de Menoita, 2014, p.60)

Escala de Risco de Queda (Escala de Morse)

Tabela 1

Itens da versão portuguesa da Escala de Quedas de Morse

Item	Pontuação
1. Historial de quedas; neste internamento urgência/ ou nos últimos três meses	
Não	0
Sim	25
2. Diagnóstico(s) secundário(s)	
Não	0
Sim	15
3. Ajuda para caminhar	
Nenhuma/ajuda de enfermeiro/acamado/cadeira de rodas	0
Muletas/canadianas/bengala/andarilho	15
Apoia-se no mobiliário para andar	30
4. Terapia intravenosa	
Não	0
Sim	20
5. Postura no andar e na transferência	
Normal/acamado/imóvel	0
Debilidade	10
Dependente de ajuda	20
6. Estado mental	
Consciente das suas capacidades	0
Esquece-se das suas limitações	15

Figura 3 – Escala de Risco de Queda (Escala de Morse)

Fonte da imagem: <http://www.scielo.mec.pt/img/revistas/ref/vserIVn2/IVn2a02t1.jpg>

Escala de Risco de Úlcera de Pressão (Escala de Braden)

ESCALA DE BRADEN PARA AVALIAÇÃO DO RISCO DE ÚLCERAS DE PRESSÃO				
Nome do doente: _____		Nome do avaliador: _____		
Serviço: _____		Cama: _____ Idade: _____		
Data da avaliação: _____				
Percepção sensorial Capacidade de percepção significativa ao desconforto	1. Completamente limitada: Não reage a estímulos dolorosos (não geme, não se mexe nem se agarra a nada) devido a um nível reduzido de consciência ou à sedação, OU capacidade limitada de sentir a dor na maior parte do seu corpo.	2. Muito limitada: Responde unicamente a estímulos dolorosos. Não consegue comunicar o desconforto, excepto através de gemidos ou inquietação, OU tem uma limitação sensorial que lhe reduz a capacidade de sentir dor ou desconforto em mais de metade do corpo.	3. Levemente limitada: Obedece a instruções verbais, mas nem sempre consegue comunicar o desconforto ou a necessidade de ser mudado de posição, OU tem alguma limitação sensorial que lhe reduz a capacidade de sentir dor ou desconforto em 1 ou 2 extremidades.	4. Nenhuma limitação: Obedece a instruções verbais. Não apresenta défice sensorial que possa limitar a capacidade de sentir ou exprimir dor ou desconforto.
Humidade Nível de exposição da pele à humidade	1. Pele constantemente húmida: A pele mantém-se sempre húmida devido a sudoresse, urina, etc. É detectada humidade sempre que o doente é deslocado ou virado.	2. Pele muito húmida: A pele está frequentemente, mas nem sempre, húmida. Os lençóis têm de ser mudados pelo menos uma vez por turno.	3. Pele ocasionalmente húmida: A pele está por vezes húmida, exigindo uma mudança dos lençóis aproximadamente uma vez por dia.	4. Pele raramente húmida: A pele está geralmente seca; os lençóis só têm de ser mudados nos intervalos habituais.
Actividade Nível de actividade física	1. Acamado: O doente está confinado à cama.	2. Sentado: Capacidade de marcha gravemente limitada ou inexistente. Não pode fazer carga e/ou tem de ser ajudado a sentar-se na cadeira no final ou de rodas.	3. Andar ocasionalmente: Por vezes caminha durante o dia, mas apenas curtas distâncias, com ou sem ajuda. Passa a maior parte dos turnos deitado ou sentado.	4. Andar frequentemente: Anda fora do quarto pelo menos duas vezes por dia, e dentro do quarto pelo menos de duas em duas horas durante o período em que está acordado.
Mobilidade Capacidade de alinhar e controlar a posição do corpo	1. Completamente imobilizado: Não faz qualquer movimento com o corpo ou extremidades sem ajuda.	2. Muito limitada: Ocasionalmente muda ligeiramente a posição do corpo ou das extremidades, mas não é capaz de fazer mudanças frequentes ou significativas sozinho.	3. Levemente limitado: Faz pequenas e frequentes alterações de posição do corpo e das extremidades sem ajuda.	4. Nenhuma limitação: Faz grandes ou frequentes alterações de posição do corpo sem ajuda.
Nutrição Alimentação habitual	1. Muito pobre: Nunca come uma refeição completa. Raramente come mais de 1/3 da comida que lhe é oferecida. Come diariamente duas refeições, ou menos, de proteínas (carne ou laticínios), ingerindo poucos líquidos. Não toma um suplemento dietético líquido OU está em jejum e/ou a dieta líquida ou a sonda durante mais de cinco dias.	2. Provavelmente inadequada: Raramente come uma refeição completa e geralmente come apenas cerca de 1/2 da comida que lhe é oferecida. A ingestão de proteínas consiste unicamente em três refeições diárias de carne ou laticínios. Ocasionalmente toma um suplemento dietético OU recibe menos do que a quantidade ideal de líquidos ou alimentos por sonda.	3. Adequada: Come mais de metade da maior parte das refeições. Faz quatro refeições diárias de proteínas (carne, peixe, laticínios). Por vezes recusa uma refeição, mas toma geralmente um suplemento caso lhe seja oferecido, OU é alimentado por sonda ou num regime de nutrição parentérica total satisfazendo provavelmente a maior parte das necessidades nutricionais.	4. Excelente: Come a maior parte das refeições na refeição. Nunca recusa uma refeição. Faz geralmente um total de quatro ou mais refeições (carne, peixe, laticínios). Come ocasionalmente entre as refeições. Não requer suplementos.
Força e forças de deslize	1. Problema: Requer uma ajuda moderada a máxima para se movimentar. É impossível levantar o doente completamente sem o auxílio de outros lençóis. Descai frequentemente na cama ou cadeira, exigindo um posicionamento do doente com ajuda máxima. Espasticidade, contraturas ou angulação leva a fricção quase constante.	2. Problema potencial: Movimenta-se com alguma dificuldade ou requer uma ajuda mínima. É provável que, durante uma movimentação, a pele deslize de alguma forma contra os lençóis, cadeira, apoios ou outros dispositivos. A maior parte do tempo, mantém uma posição relativamente estável na cama ou na cadeira, mas ocasionalmente desliza.	3. Nenhum problema: Move-se na cama e na cadeira sem ajuda e tem força muscular suficiente para se levantar completamente durante uma mudança de posição. Mantém uma correcta posição na cama ou cadeira.	
Nota: Quanto mais baixa for a pontuação, maior será o potencial para desenvolver uma úlcera de pressão.				Pontuação total

© Copyright Barbara Braden and Nancy Bergstrom, 1989. Valida para Portugal por Margarita, Carlos, Nélson, Cristina, Ferreira, Paulo, Gonçalo, João, Paulo, Rita (2001)

Figura 3 – Escala de Risco de Úlcera de Pressão (Escala de Braden) (DGS, 2011)

Anexo IX – Certificado de participação nas “Primeiras Jornadas dos Enfermeiros
Especialistas em Enfermagem de Reabilitação do Centro Hospitalar Lisboa
Ocidental”

**1^{as} JORNADAS
DOS ENFERMEIROS
ESPECIALISTAS
EM ENFERMAGEM
DE REABILITAÇÃO
DO CHLO**
DA FORMAÇÃO À PRÁTICA CLÍNICA

CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO

Certifica-se que Raquel Domingues Sepuêira
estêve presente nas "1^{as} Jornadas dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem
de Reabilitação do CHLO", realizado no dia 18 de Novembro de 2016, no Auditório
do Metro do Alto dos Moinhos.

Fátima Almeida

Prta Comissão Científica

Jornadas
Enfermagem de Reabilitação
CHLO

Isabel Simões

Prta Comissão Organizadora

Jornadas
Enfermagem de Reabilitação
CHLO



Anexo X – Certificado de participação das “II Jornadas de Cuidados Respiratórios
em Enfermagem – Reabilitação
Respiratória e Gestão Integrada de Doença Respiratória Crónica: Do Hospital para
os Cuidados de Saúde Primários”

II Jornadas DE CUIDADOS RESPIRATÓRIOS EM ENFERMAGEM



REABILITAÇÃO RESPIRATÓRIA & GESTÃO INTEGRADA DA DOENÇA RESPIRATÓRIA
CRÓNICA: DO HOSPITAL PARA OS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

LISBOA . 20-22 ABRIL 2017



CERTIFICADO

A Comissão Organizadora das II Jornadas de Cuidados Respiratórios em Enfermagem, que se realizaram nos dias 20, 21 e 22 de Abril de 2017, no Olisias Park Hotel, em Lisboa, certifica que:

Raquel Domingues Sequeira

esteve presente, nas Jornadas como Participante.

COMISSÃO ORGANIZADORA
ENFª MARIA DO CARMO CORDEIRO
DR. JOÃO CARDOSO
DR. RAMALHO DE ALMEIDA
PROF. DOUTORA PAULA PINTO
ENFª DULCE FERREIRA
ENFª FILI SILVA
ENFª GLÓRIA FÉLIX



Identificação do Doente

CHECK LIST DO PROGRAMA DE ENSINO DE AUTO-ESVAZIAMENTO VESICAL

OBJECTIVO: Optimizar e uniformizar a informação referente à progressão das aprendizagens das pessoas no programa de auto-esvaziamento vesical.

Início __/__/__

FASES	OBJECTIVOS	CHECK LIST
1ª FASE INFORMAÇÃO SOBRE A LESÃO Validação Total __/__/__ Nº OE _____ Enf. _____	Elucidar a pessoa relativamente ao tipo de lesão medular, bem como a alteração do padrão da eliminação urinária.	__/__/__ A pessoa verbaliza/identifica o tipo de lesão que possui. __/__/__ A pessoa verbaliza/identifica as consequências da lesão na sua eliminação urinária. __/__/__ A pessoa verbaliza/identifica as consequências da alteração da eliminação urinária.
2ª FASE MOTIVAÇÃO Validação Total __/__/__ Nº OE _____ Enf. _____	Mostrar à pessoa os benefícios do programa de auto-esvaziamento de modo a motivá-la.	A pessoa verbaliza/identifica as vantagens do auto esvaziamento vesical na melhoria da sua: __/__/__ Autonomia social; __/__/__ Autonomia familiar; __/__/__ Autonomia profissional; __/__/__ Autoimagem; __/__/__ Autoestima/Confiança; __/__/__ Vida sexual; __/__/__ Prevenção das complicações urinárias.
3ª FASE INFORMAÇÃO SOBRE ANATOMIA E FISILOGIA DO APARELHO GÉNITO-URINÁRIO Validação Total __/__/__ Nº OE _____ Enf. _____	Elucidar a pessoa relativamente à anatomia e fisiologia do aparelho génito-urinário.	A pessoa identifica as principais estruturas anatómicas genitais e urinárias: __/__/__ Rins; __/__/__ Uretra; __/__/__ Ureteres; __/__/__ Esfíncter uretral. __/__/__ Bexiga; A pessoa verbaliza/identifica o funcionamento básico do aparelho génito-urinário: __/__/__ Função renal; __/__/__ Função da bexiga; __/__/__ Mecanismo da micção antes da lesão; __/__/__ Mecanismo de alteração da micção após a lesão. Recursos: Imagens e bibliografia.
4ª FASE TÉCNICA DE DESINFECÇÃO DAS MÃOS Validação Total __/__/__ Nº OE _____ Enf. _____	Elucidar, demonstrar e treinar com a pessoa a técnica de lavagem das mãos com água e sabão (e com Solução Anti-séptica de Base Alcoólica enquanto em meio hospitalar).	__/__/__ A pessoa verbaliza/identifica a importância da lavagem das mãos, como a medida mais importante na prevenção de infecções. __/__/__ A pessoa executa corretamente todos os passos da lavagem das mãos (antes e depois do procedimento). Recursos: ANEXO II – Técnica da Lavagem das mãos dos “Seis Passos” com Água e Sabão.

FASES	OBJECTIVOS	CHECK LIST
5ª FASE CONTROLO HÍDRICO Validação Total __/_/____ Nº OE _____ Enf. _____	Elucidar a pessoa sobre a importância do balanço hídrico.	__/_/____ A pessoa verbaliza/identifica a importância do balanço hídrico. __/_/____ A pessoa identifica a capacidade dos recipientes. __/_/____ A pessoa demonstra um registo correcto em impresso próprio do balanço hídrico. __/_/____ A pessoa faz uma gestão correcta e responsável do balanço hídrico. Recursos: ANEXO III – Capacidade dos recipientes; ANEXO IV – Impresso de registo do balanço hídrico
6ª FASE TÉCNICA DE AUTO-ESVAZIAMENTO Validação Total __/_/____ Nº OE _____ Enf. _____	Elucidar, demonstrar e treinar com a pessoa a técnica de auto-esvaziamento vesical.	__/_/____ A pessoa identifica e prepara o material necessário. __/_/____ A pessoa executa corretamente todos os passos da técnica de auto esvaziamento vesical. Recursos: ANEXO IV ou V – Guia para auto-esvaziamento vesical masculino ou feminino
7ª FASE DETERMINAÇÃO DO VOLUME RESIDUAL/ESVAZIAMENTO Validação Total __/_/____ Nº OE _____ Enf. _____	Elucidar a pessoa acerca da importância da determinação do volume total de urina.	__/_/____ A pessoa identifica o volume total de urina aconselhável. __/_/____ A pessoa verbaliza/identifica as consequências de um volume de urina superior a 500cc. __/_/____ A pessoa verbaliza como proceder se o volume de urina for superior a 500cc. __/_/____ A pessoa consegue determinar a necessidade de frequência de cateterismos nas diferentes situações.
8ª FASE AVALIAÇÃO DE SITUAÇÕES EXCEPCIONAIS Validação Total __/_/____ Nº OE _____ Enf. _____	Elucidar a pessoa acerca das situações em que deverá recorrer ao seu médico.	A pessoa sabe em que situação deverá contactar o seu médico: __/_/____ Dor/Ardor; __/_/____ Cheiro fétido; __/_/____ Hematúria; __/_/____ Incontinência urinária; __/_/____ Aumento da espasticidade; __/_/____ Disreflexia autónoma como situação de urgência.
9ª FASE SUPERVISÃO Validação Total __/_/____ Nº OE _____ Enf. _____	Reforçar aspectos deficitários	__/_/____ A pessoa não apresenta dúvidas em qualquer fase do processo. __/_/____ A pessoa demonstra capacidade técnica em toda a fase do processo.

